

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Novembre 1903, à 1 heure

PAR

Marcel MACRON

CONTRIBUTION

A l'Étude du Caustique de Filhos

dans les cervicites chroniques invétérées

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

BRISSAUD et ROGER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER.
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
Clinique médicale.....	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Maladie des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	}	DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		DE LAPPERSONNE.
Clinique d'accouchements.....		GUYON.
Clinique gynécologique.....	}	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile.....		PINARD.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WÄLLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND SIREDEY

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHELOT

Chirurgien agrégé de l'hôpital Saint-Louis.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques

à la Faculté de Médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DU CAUSTIQUE

DE FILHOS

DANS LES

Cervicites chroniques invétérées

AVANT-PROPOS

En suivant les consultations gynécologiques du Dr Armand Siredey, médecin de l'hôpital St-Antoine, il nous a été donné de voir un certain nombre de femmes atteintes de métrite et en particulier de métrite cervicale rebelle. Ces femmes, dont le plus grand nombre avait suivi différents traitements médicaux, tels que injections d'acide picrique, de nitrate d'argent etc., venaient à la consultation se plaignant toujours de ménorrhagies, de pertes blanches, surtout au moment des règles, de douleurs

lombaires, de pesanteur hypogastrique, présentant en un mot, et plus ou moins, l'ensemble de troubles qui caractérisent le syndrome utérin. Abandonnées à elles-mêmes, ces femmes ne guérissent jamais, et traînent toute leur vie leurs vieilles métrites qui, si elles ne les conduisent pas à l'hystérectomie, leur rendent tout au moins l'existence pénible. Pour ces malades, M. le Dr Siredey, après tant d'autres, a repris depuis quelques années l'ancien traitement par le caustique de Filhos, préconisé par M. Riche-lot père; caustique, si décrié, qu'on a trop dédaigné et laissé trop longtemps dans l'oubli, lui faisant, en l'associant aux autres caustiques une réputation injustifiée que rien ne démontrait.

C'est parce que nous avons constaté nous-même les résultats véritablement merveilleux obtenus par ce caustique que nous avons osé, dans notre humble mesure, venir le défendre devant vous, et qu'il est devenu le sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis, à cette occasion, de remercier M. le Dr Siredey, notre excellent maître depuis 4 ans qui a bien voulu nous permettre de suivre sa consultation de gynécologie, où il nous expose tous les jours avec tant de sagacité les grands principes de la gynécologie médicale tout en cherchant à nous pénétrer de ces sentiments de circonspection et de prudence qui doivent en toute occurrence, guider le gynécologue digne de ce nom.

Grâce à la bienveillance de notre vénéré Maître, nous avons pu recueillir dans son service, un certain

nombre d'observations qui viendront à la fin de notre thèse confirmer l'importance de ce traitement.

Que M. le Dr Siredey veuille bien agréer l'expression de notre sincère gratitude pour son entière abnégation, sa haute bienveillance.

Nous n'oublions pas d'associer à nos remerciements M. le Professeur Richelot, chirurgien de l'hôpital St-Louis, qui s'est fait en France le défenseur obstiné du caustique de Filhos. M. le Professeur Richelot heureusement rétabli d'un adéno-phelgmon de l'aisselle, contracté à la suite d'une piqûre anatomique, a repris tout dernièrement ses consultations gynécologiques du dimanche, où il nous a été permis de constater une fois de plus les effets merveilleux du caustique de Filhos. Nous lui sommes redevables d'un certain nombre de renseignements et d'observations qui nous ont aidé puissamment dans cette tâche ingrate de la défense du caustique de Filhos.

Nous envoyons par delà la frontière un salut de reconnaissance à M. le Dr professeur Freund, chirurgien au « Bürger Hospital von Strassburg » qui a bien voulu nous répondre à notre demande de renseignements sur les cautérisations gynécologiques en Allemagne.

Nous adressons nos remerciements à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Monod, Maygrier, Kirmisson, un souvenir particulier à MM. Renon et Auclair, avec qui nous avons passé un temps trop court, hélas, à la Pitié.

Nous ne terminerons pas cet avant-propos sans remercier plus spécialement M. le Professeur Gaucher, notre vénéré Maître, qui a bien voulu présider notre thèse. Nous n'abandonnerons pas ses leçons de dermatologie et de syphiligraphie parfois si arides, mais qu'il sait nous faire aimer par le haut intérêt qu'il y porte, par sa verve et sa bonhomie. Qu'il nous permette, en passant, de lui dire qu'Amussat prétend avoir guéri au moyen du caustique de Filhos des tumeurs cancéreuses de la face du volume d'une grosse noix, et depuis longtemps ulcérées, chez plusieurs de ses malades.

La meilleure manière de comprendre les maladies du col de l'utérus, consistant à suivre attentivement la marche de leur pathogénie, nous nous sommes étendus audébut de cette thèse sur quelques considérations pathogéniques et histogéniques des métrites. Nous avons successivement passé en revue et critiqué les principaux moyens de traitement de la métrite chronique. L'historique, le manuel opératoire, les indications du Filhos viennent ensuite. Nous terminons par les observations, et nous rendons ainsi justice au caustique de Filhos, en lui donnant dans la thérapeutique gynécologique la place qu'il mérite.

« Multa renascentur quæ jam cecidere, cadentque,
Quæ nunc sunt in honore... »

(HORACE, *Art poétique*).

INTRODUCTION

Les auteurs anciens confondaient sous le nom de congestion utérine, la métrite, la plus fréquente des affections de l'utérus en même temps qu'elle leur apparaissait comme le point de départ nécessaire de toutes les altérations graves de l'utérus et de ses annexes. La congestion conduisait à l'engorgement et l'engorgement aboutissait, suivant le cas, à la suppuration, aux indurations cartilagineuses ou osseuses et même au cancer.

Après cette période de confusion générale survint l'ère de l'anatomie pathologique. L'école anatomique fit peu de cas des troubles fonctionnels qui ne reposent pas sur des lésions bien et dûment établies : aussi l'importance de la congestion diminue en raison directe des progrès de l'anatomie pathologique.

F. Siredey et Danlos, puis de Sinety avaient résolument rejeté la congestion utérine « qui ne repose sur aucune base anatomique précise et dont on ne peut établir cliniquement les limites avec les inflammations de l'utérus. »

Enfin la bactériologie a porté le dernier coup, en faisant de l'infection le pivot de la pathologie génitale. La congestion ne fut plus considérée que comme

un élément étiologique accessoire : et, plus souvent encore, comme une conséquence de l'infection.

Ce qu'on a dit de la congestion pourrait être en quelque sorte répété à propos de l'infection. L'infection est devenue synonyme de métrite : elle seule est capable de causer la métrite. Delbet, pour affirmer le rôle pathogène des microbes contenus dans le col, cherche à reproduire des métrites expérimentales, en particulier des métrites catarrhales ou hémorrhagiques, (l'existence des microbes étant certaine dans les formes, blennorrhagiques et purulentes). Il injecte des cultures dans les cornes utérines de chiennes et il n'obtient aucune lésion appréciable, sauf dans le cas où il gratte la surface interne de la muqueuse intra-utérine des cornes. Il ajoute : En somme dans l'état actuel, il est impossible de tirer de ces faits une conclusion ferme. Ce qu'il faut retenir, c'est que l'origine microbienne de certaines endométrites, bien que fort probable, est cependant encore incertaine. Les causes occasionnelles qui amènent le développement des métrites sont extrêmement variables. On a ajouté à celles-ci, si nombreuses déjà, qui existent réellement, bon nombre d'autres dont l'existence est fort douteuse. On a attribué certaines métrites aux maladies infectieuses, varicelle, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde. Sans doute, on voit au cours de ces maladies se produire des métrorrhagies plus ou moins abondantes. Mais sont-elles dues à de véritables métrites, et ne sont-elles pas plutôt sous la dépendance des phénomènes congestifs qui se produisent

fréquemment du côté de l'ovaire, dans ces cas ? Les métrites véritables à la suite de fièvres éruptives sont la conséquence d'une inflammation antérieure méconnue de l'utérus, ou survenant à l'occasion de ces fièvres, mais elle ne sont pas, nous le pensons, sous la dépendance directe de ces maladies.

M. le Professeur Pozzi ajoute à ces causes médiatees la parturition, la menstruation, la copulation, le traumatisme.

La parturition et la copulation sont admises par tous les auteurs et M. Richelot en a présenté un tableau fort complet. Avant l'établissement de la menstruation, la métrite est pour ainsi dire méconnue. Mais à l'occasion des règles, on voit parfois survenir des métrites chez des jeunes filles qui, enfants, ont eu des leucorrhées abondantes, dues à des vaginites profondes parfois de nature blennorrhagique et où, habituellement, l'utérus reste indemne. Il peut y avoir même certaines causes d'erreur. A l'occasion d'un examen au spéculum, chez une petite fille, atteinte de vulvovaginite, on découvre par hasard une sorte d'érosion au col de l'utérus et l'on déclare qu'elle est atteinte de métrite. On oublie alors que l'écoulement ne vient pas du col, et que l'érosion est, si nous osons nous exprimer ainsi, une malformation congénitale histologique : l'épithélium pavimenteux n'a pas achevé son évolution de recouvrement et n'a pas atteint l'orifice externe occupé par l'épithélium cylindrique.

Toutes les causes qui troublent l'écoulement du sang pendant les règles, malformations de l'utérus,

antéflexion congénitale, conicité du col. refroidissement, masturbation favorisent le développement des métrites.

La métrite de la ménopause reconnaît exactement les mêmes causes occasionnelles, les congestions internes et répétées du côté de l'utérus. L'utérus, comme tous les organes à fonctions transitoires, est particulièrement exposé à devenir malade, lorsque sa fonction commence ou lorsqu'elle finit.

Le traumatisme, et par là, nous entendons le traumatisme consécutif à l'accouchement, aux manœuvres abortives, a été donné comme cause de métrite. Il s'agit là d'interventions septiques ou de mauvais état général, à moins qu'on ne prétende avec Emmet que les déchirures du col préexistent à l'inflammation, et sont la véritable cause des métrites.

Enfin les fibromyomes, les néoplasmes ont été également invoqués comme cause de métrite.

M. Richelot s'est fait dans ces derniers temps le défenseur d'une théorie nouvelle qui ne reconnaît que la puerpéralité et la blennorrhagie capables de provoquer la métrite.

Dans la puerpéralité, la métrite du corps s'éteint peu à peu et ne tarde pas à faire place à la métrite du col. « La métrite du col, ajoute-t-il, est une métrite chronique ».

Dans la blennorrhagie, l'infection atteint primitivement le col : l'infection se fait de bas en haut, tandis que dans le premier cas elle se faisait de haut en bas.

Et il ajoute « la métrite blennorrhagique est une métrite du col ».

Jusqu'ici on ne parlait que de métrites, mais quelques auteurs, entre autres M. A. Siredey, M. Doléris, M. Richelot poursuivant plus loin leurs investigations ont perfectionné, mis au point pour ainsi dire, les idées de Martineau qui avait attaché une grande importance aux influences diathésiques, par sa description des métrites constitutionnelles, scrofuleuses, arthritiques, herpétiques et ils ont nettement séparé des vraies métrites, les fausses métrites, les métrites des neuro-arthritiques, affections encore confondues ou décrites sous le nom de métrite vraie, de congestion utérine, de sclérose utérine.

Quant aux inflammations du col, elles étaient pour ainsi dire méconnues.

Les inflammations du col et celles du corps étaient confondues dans un même ensemble. La description des affections cervicales de l'utérus ne date que de l'époque de l'emploi courant du speculum. Dans l'engouement des premières années pour l'usage de cet instrument, on n'utilisa que lui comme moyen d'exploration ; aussi décrivit-on de nombreuses variétés de lésions inflammatoires du col, dont on fit autant d'entités morbides.

C'est ainsi que Récamier, Lisfranc, Duparcque, Marjolin ont décrit des érosions du col, des ulcérations simples, fongueuses, papillaires ou granuleuses, toutes maladies différentes ayant leur symptomatologie et leur étiologie spéciales. Ce sont ces lésions qui

deviennent le point de départ de toutes les métrites du corps et du col, la cause de la leucorrhée et de l'hémorrhagie. En guérissant ces lésions, on guérissait le catarrhe. Et si, ultérieurement, on constatait d'autres symptômes : acné, kystes, végétations, polypes à la surface du col, on les attribuait à une maladie différente n'ayant aucune relation avec la précédente.

Grâce, peut-être, aux échecs de la thérapeutique les opinions se modifièrent. On voyait ces ulcérations guérir avec une étonnante facilité et cependant la maladie persister ; puis de nouvelles ulcérations reparaissaient et ainsi de suite : il était alors facile de comprendre qu'il existait une relation entre ces lésions périodiques, pour ainsi dire, et l'inflammation persistante de la muqueuse. Aussi Velpeau, Bennett, Gosselin ont-ils pu dire que l'ulcération du col n'est pas une entité morbide, mais un processus accompagnant toujours une inflammation interne. La doctrine des inflammations du col changeait d'aspect, mais en s'élargissant, elle n'en conservait pas moins à l'ulcération un rôle prédominant.

Au point de vue anatomo-pathologique, on peut considérer deux périodes successives. Dans la première tout dépend des caractères extérieurs de la lésion, constatés à l'aide de la vue et du toucher. Mais le résultat qu'on en attendait ne fut pas aussi satisfaisant qu'on le croyait. Ceci était dû en partie à ce que les anatomistes portèrent leurs études sur des pièces recueillies aux autopsies, dont la plupart

des caractères pouvaient être, à tort ou à raison, attribués à des altérations cadavériques. C'est ainsi que, tandis que l'ectropion était impossible à découvrir après la mort, la macération de la muqueuse cervico-vaginale permettait de saisir sur le fait une sorte d'érosion papillaire due, non pas à la destruction inflammatoire de la couche cornée de l'épithélium, mais à la destruction cadavérique de cette même couche.

Dans la deuxième période naissent des notions précises sur les lésions histologiques révélées par l'examen des pièces excisées sur la femme vivante. Cette deuxième période marque son début par une importante constatation clinique dans l'ulcération, l'apparition de la muqueuse intra-cervicale à l'extérieur, l'origine de l'ectropion.

Puis on reconnaît l'influence du traumatisme de l'accouchement qui, en déchirant le col latéralement, a pour résultat d'agrandir l'orifice et de rendre plus ou moins indépendantes ses deux lèvres, ce qui facilite l'éversion, leur renversement en dehors, et du même coup l'apparition à l'extérieur de la muqueuse intracervicale.

Ces données établies, les histologistes se sont efforcés d'indiquer le départ des lésions, de fixer le siège du processus ulcératif, et de montrer les lésions secondaires capables de se greffer sur le processus primitif.

Ce sont Ruge et Veit, en Allemagne, qui nous indiquent de quelle façon l'épithélium plat cesse brusquement et comment la couche basale cylindro-conique du réseau de Malpighi forme des cellules cylin-

driques. Ils découvrent la néoformation glandulaire par des bourgeons et des prolongements poussés dans la profondeur, l'érosion folliculaire. Schrœder explique l'hypergénèse de l'épithélium cylindrique, le refoulement de l'épithélium pavimenteux, la desquamation de cet épithélium et la transformation cylindrique de sa couche basale.

Fischel explique la prolifération des papilles à travers la couche cornée épidermique, la néoformation glandulaire dans le conduit cervical et limitée sur l'érosion, au point où l'épithélium cylindrique fait place à l'épithélium pavimenteux, les différentes formes d'érosion œdémateuse, folliculaire, papillaire œdémato-papillaire.

Il nous montre l'allongement, la dilatation des glandes qui, gonflées de mucus, peuvent s'agrandir, tandis que le stroma muqueux, infiltré de cellules rondes, cède et se laisse facilement pénétrer par les culs-de-sac qui s'étendent jusque sous la couche épithéliale pavimenteuse de la muqueuse vaginale du col. Il trouve également ce qu'il appelle l'ectropion histologique des nouveaux-nés, ce qui explique certaines éversions que l'on trouve chez des femmes n'ayant jamais accouché, véritable ectropion congénital.

En France, on s'est peu occupé des lésions au point de vue histologique.

Cependant mon maître M. A. Siredey a décrit longuement les lésions du col dans la métrite chronique.

Nous rappellerons sa division des végétations en trois catégories :

1^o Hypertrophie des glandes dilatées et devenues flexueuses avec conservation de leur épithélium.

2^o Tissu embryonnaire et vaisseaux très rares, traces de glandes et d'épithélium altéré, avec îlots d'éléments dégénérés, analogues à ceux des plaies en suppuration.

3^o Vaisseaux dilatés, enfouis dans du tissu embryonnaire, source des hémorrhagies. Ces différentes variétés de fongosités peuvent coexister entre elles et avec des kystes glandulaires à contenu mucoïde.

Rarement, il y a oblitération complète des glandes. On observe surtout ce phénomène chez les vieilles femmes.

M. Siredey considère les ulcérations comme un fait banal, constant dans les métrites.

Il distingue 1^o les ulcérations simples, abrasion superficielle, ne se distinguant des parties adjacentes que par leur aspect dépoli, et leur coloration d'un rouge intense ; elles ne font aucun relief et ont une surface purement granuleuse.

2^o Les ulcérations granuleuses, proprement dites, diffèrent des précédentes par un relief considérable ; elles sont hérissées de petites saillies grosses comme une tête d'épingle et plus ou moins confluentes.

3^o Un degré de plus et on arrive à l'ulcération végétante ou en crête de coq, excroissances plus ou moins nombreuses de quatre à six millimètres de hauteur, séparées par de profonds sillons, et présentant à leur extrémité libre de nombreuses fissures.

4^o Sur les utérus mous et fortement congestionnés

L'ulcération outre le caractère granuleux peut présenter une teinte bleue livide.

C'est alors l'ulcération dite variqueuse.

La métrite une fois constituée, comment évolue-t-elle, quelles sont ses conséquences ?

Le plus souvent le corps et le col sont pris simultanément, les lésions muqueuses gagnent en profondeur. Dans les cas infectieux les voies de diffusion sont les lymphatiques, les veines, la continuité du tissu utérin. Les conditions qui favorisent la persistance de l'endométrite, sont l'herpétisme, le lymphatisme, la tuberculose ; la muqueuse desquamée, les orifices glandulaires franchement ouverts à la suite des couches ou consécutivement aux périodes ; la qualité du virus pathogène qui affectionne plus spécialement certaines muqueuses, ainsi le gonocoque pour l'utérus, l'ovaire, l'urèthre ; les conditions névrovasculaires défectueuses de l'utérus, telles que les congestions réflexes, les atonies musculaires, les congestions actives, les spasmes des hystériques ; la structure et la disposition des follicules glandulaires où l'élément pathogène se cantonne avec une ténacité désespérante ; enfin le gonflement de la muqueuse qui arrête la détersion des produits septiques. La conséquence de tout cela, c'est que la paroi musculaire va se prendre à son tour ; d'où l'origine des paramétrites, des myométrites, des périmétrites, et par voie de continuité ou par voie lymphatique l'origine des salpingites, des salpingo-ovarites, des cellulites, des pélvipéritonites. Mais ce n'est pas tout. Souvent trois ou

quatre mois après l'accouchement et même à l'occasion de métrites gonococciques éclatent des accidents terribles : fièvre continue, anémie grave avec teinte subictérique, rhumatismes erratiques, mobiles qui vont atteindre la plèvre, l'endocarde, le péricarde.

C'est la métastase pyohémique.

Enfin chez certaines femmes, la métrite, à l'occasion des règles, provoque des phénomènes fébriles, mal caractérisés, avec courbature, lassitude, dyspepsie, herpès. C'est à ce moment que l'invasion de certaines maladies, grippe, rhumatisme, névralgies, font leur apparition saisonnière.

La métrite du corps se complique le plus souvent de métrite du col. Celle-ci est parfois primitive, mais elle est le plus souvent secondaire. Quoi qu'il en soit le processus initial a lieu dans la muqueuse. La métrite du col est aiguë ou chronique. La première n'offre qu'un intérêt relatif : son évolution est d'une rapidité telle qu'il n'est guère possible d'en donner une bonne description. Les phénomènes dans l'état aigu sont fugaces et le gynécologue se trouve plus souvent, en réalité, en présence de l'endométrite cervicale chronique. Quoi qu'en prétende Emmet, la déchirure du col, à la suite du traumatisme de l'accouchement n'est pas l'unique cause de la cervicite, l'infection peut venir du dehors. Si le processus est très virulent, son action peut s'exercer simultanément sur les deux muqueuses qui tapissent le col, comme dans le cas de blennorrhagie aiguë. Mais la muqueuse cervico-vaginale est plus résistante. Elle

offre de nombreuses analogies avec l'épiderme cutané et comme lui, oppose un obstacle efficace à l'inflammation. La muqueuse intra-cervicale, au contraire, est criblée d'utricules, et de dépressions au fond desquelles s'ouvrent des glandes en grappe très développées. Muqueuse intra-cervicale, utricules, glandes sont revêtus d'une couche unique d'épithélium cylindrique, offrant le caractère des épithéliums de sécrétion. Au-dessous de cette couche se trouve le réseau lymphatique sous-épithélial et sous-glandulaire.

L'inflammation trouve donc un terrain favorable à son développement rapide en surface et en profondeur.

Ce qui rend la cervicite plus intéressante à étudier, ce sont ses complications, nous voulons dire l'éctropion de la muqueuse intra-cervicale, l'éversion des lèvres, l'érosion.

L'éversion paraît être le résultat d'un défaut d'équilibre entre les faisceaux musculaires qui forment l'orifice du col.

A l'état normal, les parties latérales comprennent le sphincter et le confluent principal des éléments vasculaires, les parties antérieures et postérieures sont formées par les faisceaux ansiformes. Le traumatisme du col sera donc favorisé par cette disposition, et, le défaut d'équilibre survenant aussitôt, les muscles ansiformes ont pour effet de renverser les lèvres. Quant à la déchirure, elle persistera par l'action des colonnes antérieure et postérieure qui tendent à exagérer l'écartement des lèvres. Cette déchirure

rure présente une surface angulaire plus ou moins étendue, couverte de simples bourgeons charnus. Peu à peu l'épithélium cylindrique d'une part, l'épithélium pavimenteux de l'autre tendent à se rapprocher sur la plaie. Le tissu embryonnaire des bourgeons charnus et le tissu musculaire s'organisent et forment une cicatrice plus ou moins résistante. Les glandules de la muqueuse interne sont emprisonnées et leurs conduits excréteurs entourés d'un tissu fibreux qui les étrangle. Elles se dilatent et l'on voit bientôt apparaître ces glandes kystiques dans l'angle du col.

Que devient l'ectropion ? Il ne change pas d'aspect, tant qu'il n'est pas atteint par l'inflammation. Si elle survient, elle peut être plus ou moins intense. La structure de l'épithélium est modifiée. Les cellules augmentent de nombre, se rétécissent et s'allongent, leur disposition en palissade s'accroît et devient plus évidente. Ces modifications cellulaires s'étendent également dans les glandules. Quelquefois, les cellules sont plus grandes qu'à l'état normal, on voit même apparaître des cellules caliciformes, la muqueuse se rapproche comme aspect de celle du corps, mais en aucun cas, il n'y a de cils vibratiles. Les cellules cylindriques, en certains points, s'accumulent en deux ou trois couches superposées, ressemblant à des îlots d'épithélium pavimenteux disposés au milieu des parties recouvertes d'épithélium cylindrique. Qu'on ne s'y trompe pas, ce sont des cadavres de cellules cylindriques, non de cellules plates, et qui se colorent en

rouge par le picro-carmin. Ces cellules sans doute sont retenues par un mucus devenu plus épais qui les empêche de tomber.

Le stroma est également intéressé par l'inflammation. Il s'infiltre de cellules rondes, ce qui contribue à l'augmentation de volume de la muqueuse. Aussi celle-ci est-elle obligée de se plisser. On constate alors sur une coupe un aspect pseudo-papillaire causé par les replis de la muqueuse.

Le tissu musculaire sous-jacent s'enflamme à son tour, les fibres circulaires du sphincter se relâchent, tandis que les fibres longitudinales des faisceaux ansiformes antérieur et postérieur n'étant plus refrenées par le sphincter attirent de plus en plus les lèvres du col en dehors : l'ectropion s'étend. L'ectropion se complique alors d'ulcération vraie, d'érosion vraie si l'inflammation est assez intense pour provoquer la destruction des épithéliums.

Quand la réparation survient, l'épithélium pavimenteux gagne de la périphérie au centre, recouvre l'érosion, remplace l'épithélium cylindrique, tout en emprisonnant les glandules dans un tissu cicatriciel, en déterminant l'atrésie de leurs orifices et la rétention consécutive de leurs sécrétions. L'origine des kystes glandulaires s'explique aisément par ce que nous venons de dire. Mais le processus kystique s'étend plus loin que la cicatrice du col. La marche des lésions en est d'ailleurs la même. Dans l'épaisseur de la muqueuse et dans les tissus sous-jacents, existe une infiltration de cellules embryonnaires dont

L'organisation aboutit à la formation d'un tissu conjonctif rétractile. Le contenu des glandes ne peut plus s'évacuer, celles-ci se dilatent et forment des kystes plus ou moins volumineux. Quelques-uns finissent par se rompre ; d'autres, sous l'influence de l'action musculaire sont repoussés à l'extérieur et apparaissent sous formes de boutons rouges, jaunâtres, ce que les anciens auteurs appelaient l'acné du col, les érosions herpétiques du col. Ces kystes saillants sont recouverts par l'épithélium pavimenteux ; mais, si l'on vient à ouvrir un de ces kystes, l'épithélium cylindrique apparaît sous forme d'une tache rouge qui disparaîtra et sera remplacé par l'épithélium pavimenteux sous l'influence d'une inflammation ou d'un caustique. Ces glandes kystiques continuent à sécréter, parce que, malgré la pénétration assez profonde de l'épithélium vaginal dans le calibre de leur conduit excréteur qui peut exister parfois, il existe toujours des cellules cylindriques qui sécrètent et déterminent la distension des culs-de-sac glandulaires. Quelquefois, il persiste un orifice intermittent ou très étroit qui ne permet que difficilement l'issue du mucus. Si les glandes sont complètement obstruées, elles s'enfoncent de plus en plus dans le tissu musculaire.

Ces différentes lésions, que nous venons de passer en revue se laissent facilement percevoir au toucher, avec un peu d'habitude. Dans le premier degré des lésions du col, ectropion, érosion, le doigt perçoit une sensation veloutée caractéristique. Plus tard ce sont des granulations fines, acné du col. Enfin ces

granulations font place aux œufs de Naboth, beaucoup plus volumineux. Au speculum, le col est gros, boursoufflé, avec éversion de la muqueuse. Sa forme diffère suivant les cas. Tantôt ce sont de fines granulations sur un fond rouge et saignant, tantôt de gros œufs de Naboth. Quelquefois l'ectropion est peu prononcé, dans d'autres cas, au contraire, on dirait qu'il envahit presque toute la surface externe du col. Les lèvres sont déchirées. La déchirure est unilatérale, bilatérale, ou étoilée. La forme générale est celle d'un barillet ou bien celle d'un bouchon de champagne. On comprend sans peine combien il est difficile de guérir de pareilles lésions si l'on n'emploie pas des moyens destructeurs. D'où l'insuccès des cautérisations superficielles et des scarifications. Celles-ci pourront réussir à la longue dans le cas où les lésions ne sont pas profondes. En est-il ainsi dans le cas de métrites scléro-kystiques, de cervicites invétérées ? Pour obtenir la guérison, il faut absolument que l'épithélium cylindrique de la muqueuse superficielle et des glandes disparaisse et soit remplacé par l'épithélium pavimenteux : il faut pour ainsi dire que les lésions se kératinisent.

Il y en a encore un autre mode guérison, c'est la sclérose du col. Les glandes étouffées par les tissus ambiants, se rétrécissent jusqu'à disparaître. Dans le corps comme dans le col, le tissu fibreux détruit les glandes, et, si celles-ci ne sont pas totalement détruites, les sécrétions peuvent continuer, mais si peu, que les glandes, malgré l'étroitesse ou l'obturation de leurs

orifices, ne se dilatent plus. Il s'établit ainsi un état qui peut durer indéfiniment, mais qui cependant n'est pas entièrement à l'abri de nouvelles poussées qu'une excitation quelconque peut provoquer.

Ce mode de guérison s'observe notamment chez les vieilles femmes, dans la sclérose syphilitique où l'on voit ainsi disparaître des lésions parenchymateuses souvent considérables.

Des principaux procédés thérapeutiques employés dans les métrites chroniques. Leur critique.

Nous venons de voir par la description des lésions de la métrite de quelle importance était le traitement de cette affection pour le médecin comme pour le chirurgien. Ce n'est pas seulement à cause de cet écoulement visqueux, semblable au blanc d'œuf, adhérant aux poils, au vêtement, et gênant pour la femme, symptômes qu'elle ne peut tolérer alors qu'elle supporte vaillamment les troubles généraux, la douleur abdominale, la difficulté de la marche, les douleurs gastriques, les névralgies occasionnées par la métrite, qu'il faut traiter celle-ci ; mais c'est surtout à cause de l'évolution ultérieure de la maladie. « Quand une métrite est installée, dit Delbet, quel qu'en soit le degré, on n'a jamais le droit de la considérer comme une affection insignifiante. Le devoir du chirurgien est de la traiter efficacement pour en

obtenir la guérison. S'arrêter aux demi-mesures, c'est laisser se constituer des états graves qui ne peuvent plus guérir qu'au prix d'opérations sérieuses et de regrettables mutilations. » Que la métrite soit aiguë ou chronique, les lésions se propagent aux annexes et donnent lieu par continuité de tissu à la salpingite aiguë qui peut rester à l'état de salpingite séreuse dans quelques cas heureux, trop rares, mais qui, en général, suppure avec une rapidité extraordinaire en donnant lieu à tous les dangers de la salpingite suppurée. Surtout lorsque la coque qui contient l'abcès n'a pas eu le temps de subir les effets d'une inflammation chronique et de prévenir par son épaissement et son revêtement de fausses membranes une rupture de la poche, il faut craindre des complications graves du côté du péritoine. Sans doute dans la métrite chronique, la salpingite peut être plus silencieuse dans ses allures, mais les risques de suppuration sont toujours possibles, surtout si la malade n'est pas soignée et continue à vaquer à ses occupations. La paroi de la poche enflammée s'épaissit, en général, mais la trompe devenue énorme empêche toute fatigue, la marche, puis les simples mouvements. D'autres troubles de la santé viennent compléter cet état. Dyspepsie, inappétences, vomissements, douleurs lombaires épuisent la malade. Joignez à cela un état d'anémie, de langueurs particulières aux femmes atteintes de cette affection, cette pâleur et enfin tous ces symptômes nerveux, hystériformes si fréquents qui font le désespoir de la malade et surtout de son

entourage. Il y a donc bien mille raisons qui font du traitement de la métrite une nécessité absolue.

Au point de vue du traitement, la plupart des auteurs ont divisé la question des métrites en deux parties : la métrite aiguë et subaiguë et la métrite chronique avec ses principales variétés : hémorrhagique, glandulaire, fongueuse, purulente. Quelques auteurs ont nié toute importance à la métrite aiguë. Pour eux, la métrite, qu'elle soit d'origine puerpérale ou gonococcique, a une durée éphémère. La métrite puerpérale même ne reste pas longtemps cantonnée au corps. elle atteint bientôt le col et s'y fixe d'une façon permanente. De même dans la métrite blennorrhagique, on peut bien noter de temps en temps une poussée aiguë dans le corps, mais elle n'est que passagère, elle ne saurait devenir chronique, tandis qu'elle s'installe avec tenacité dans le col. D'où pour ces auteurs la nécessité de traiter avant tout l'état du col. Quoi qu'il en soit, comme la plupart du temps on a l'habitude de traiter le corps en même temps que le col, et comme d'autre part, les moyens thérapeutiques employés pour combattre les lésions du corps servent également contre celles du col, nous passerons en revue les principaux de ces procédés et nous verrons qu'aucun d'eux n'est exempt de critique. Finalement les opérations anaplastiques du col, la trachélorraphie d'Emmet, l'opération de Bouilly, l'opération de Schröder, l'amputation du col se disputent l'honneur de guérir radicalement les métrites cervicales invétérées.

L'accord est unanime, en ce qui concerne la métrite aiguë ou subaiguë : repos au lit, cataplasmes laudanisés ou compresses humides très chaudes, irrigation du vagin ou tamponnement. Tout cela est accepté par tout le monde. Mais où les divergences commencent, c'est quand il s'agit de traiter les métrites chroniques. Chacun pour ainsi dire, a son procédé spécial qui n'est pas admis sans conteste par son voisin. L'un parlera de curettage, d'écouvillonnage, de dilatation, de drainage ; un autre préconisera la dilatation suivie d'attouchements caustiques ou d'injections caustiques, de crayons caustiques, de galvano caustique, etc. Verchère dira qu'il faut curetter. Reynier qu'il ne le faut pas. L'un qu'il faut curetter ; l'autre trouvera ce procédé quelque peu brutal et dira que, dans bien des circonstances, l'écouvillonnage suffit. De telle sorte, qu'il est parfois bien difficile, dans ce chaos thérapeutique de déterminer le degré d'efficacité de tel ou tel procédé. En réalité chaque procédé a son indication. La métrite hémorrhagique, la métrite fongueuse, par exemple, se trouvent bien du curettage, mais encore une fois, pas d'une façon absolue et Sienger nous dira que les injections avec la solution de chlorure de zinc à 50 pour 100 sont tout aussi efficaces.

Peu d'interventions ont eu plus de vogue que le curettage pour subir ensuite autant de critiques. On a demandé au curettage plus qu'il ne pouvait donner et quand il a fallu reconnaître des insuccès indéniables, on a dépassé la limite en considérant cette opé-

ration comme toujours inutile, ce qui est injuste.

Dans beaucoup de cas, ses effets ne sont pas durables et n'amènent pas une guérison définitive : il n'est pas rare qu'on soit obligé de recommencer plusieurs fois cette opération. Les malades au bout de quelques mois, reviennent aussi fatiguées et fort découragées.

La curette n'a pu modifier les altérations déjà anciennes du parenchyme, de plus, elle n'a pas enlevé toute la muqueuse qui n'a pas été atteinte au niveau des cornes utérines. Il subsiste là un foyer d'infection qui ne tarde pas à se généraliser à toute la muqueuse du corps. C'est comme si l'on n'avait rien fait, à part le soulagement momentané qui s'est opéré chez la malade après l'opération. De plus la curette n'a pas détruit toutes les glandes jusque dans le plus petit recoin. Or quelques-unes de ces glandes, atteignent la profondeur de la muqueuse et confluent au plan musculaire. Si la curette a supprimé les parties superficielles les plus atteintes, elle a forcément laissé dans la profondeur les culs-de-sac glandulaires, qui président à la rénovation de la nouvelle muqueuse, mais qui assurent aussi la continuité de l'infection. Malgré même l'application de topiques antiseptiques, d'atouchements, de lavages, de tamponnements, à la suite de l'opération, le résultat reste parfois négatif, et un second curettage qui, du reste, risque de ne pas être plus efficace est nécessaire. Peu de femmes se montrent disposées à une nouvelle opération, elles ne laissent pas recommencer indéfiniment.

Les améliorations ne sont que momentanées,

phénomènes de douleur, de pesanteur se manifestent de nouveau, quelquefois, ils n'avaient pas complètement disparu, les écoulements reprennent, la rechute est inévitable. M. Reynier reproche en outre au curettage l'ouverture des vaisseaux sanguins et des lymphatiques, ouverture qui assure la propagation de l'infection dans le cas de métrite purulente ou même hémorrhagique pour peu que la muqueuse soit infectée.

Combien cette critique du curettage est elle plus vraie quand on a affaire à une métrite cervicale. Si vigoureux que soit le curettage, la curette entame la partie superficielle des glandes, mais ne racle jamais leurs parties profondes dans lesquelles persistent les microbes qui entretiennent l'inflammation.

Prétendre en raclant avec un instrument mousse ou même tranchant, atteindre les diverticules du col utérin plongé au sein des travées du stroma, les follicules anfractueux où se réfugient et se cantonnent de préférence les processus morbides, est une illusion que les simples notions anatomiques suffisent à détruire. Le curettage ne peut pas guérir la métrite cervicale. On sait que le gonocoque, par exemple, se trouve avec une ténacité désespérante jusque dans le fond des culs-de-sac glandulaire profonds du col. Cette ténacité n'a d'égale que celle de l'urétrite postérieure de l'homme avec laquelle on peut comparer la métrite antérieure.

La dilatation, dit Beurnier, permet à l'utérus d'évacuer les produits infectieux ; elle aide surtout au

dégorgement de l'utérus par une compression lente de dedans en dehors. La dilatation du col fait éclater les kystes et contribue à dégorger les glandes. Mais la dilatation, si elle est brusque, peut causer des déchirures plus étendues, s'il s'agit d'un dilatateur à deux branches, moins étendues, mais plus nombreuses si le dilatateur est à trois branches. La dilatation lente est difficile à maintenir chez certains utérus à tissus très rétractiles. Il faut constamment entretenir la dilatation, sous peine de voir le col se refermer. En tous cas, la dilatation ne peut avoir la prétention de guérir les métrites cervicales, et elle n'est qu'un moyen préparatoire que complètent le curettage, le hersage, les injections caustiques, en vue de la guérison.

Le drainage, comme la dilatation, est un excellent moyen pour l'évacuation des sécrétions. Encore a-t-on prétendu que le drainage au moyen de tampons de gaze iodoformée ne laissait pas filtrer les sécrétions, que ceux-ci les retenaient bien plutôt, et qu'en somme, il ne servait qu'à l'antisepsie de la cavité utérine.

Sanger dit à ce propos que le tamponnement par la gaze ne joue pas le rôle d'une dilatation mais celui d'un tamponnement qui a pour effet d'activer la circulation sanguine par les contractions que provoque tout corps étranger dans l'utérus. Il ajoute que les sécrétions s'écoulent plus facilement au dehors après le retrait des tampons et que la guérison est achevée sous l'influence de l'irritation produite dans la muqueuse par les tampons.

Écoutez ce que dit le professeur Pozzi à propos de l'écouvillonnage. « Doléris croit qu'en se servant d'écouvillons à crins plus ou moins durs, il fait soit un nettoyage, soit un grattage avec destruction de la muqueuse. Il n'est pas douteux que pour tous ceux qui ont l'habitude du curettage et qui savent la force à employer pour enlever la muqueuse avec un instrument mousse qu'il se fasse illusion sur ce dernier point : il est, je crois, impossible, par le simple frottement de la muqueuse avec une brosse, de détruire par attrition ou dilacération tous les éléments de cette membrane malade, dont l'expulsion s'opérerait ensuite théoriquement par déliquescence du tissu ainsi compromis dans sa vitalité. Il y a là une illusion, et l'écouvillon comme le tampon utérin ne peut aspirer qu'au rôle d'agent de balayage ou de porte remède. »

Le hersage peut bien ouvrir les petits kystes superficiels, les kystes qu'on ne voit que difficilement à l'œil nu, ceux pour lesquels Sænger emploie un artifice qui consiste à laisser pendant une minute en contact avec le col un porte caustique dont l'extrémité entourée d'ouate a été préalablement trempée dans une solution de chlorure de zinc à 50 o/o et qui donne à la surface du col l'aspect d'un ciel étoilé, parsemé de taches blanches éclatantes comme la neige « wie ein Sternhimmel, als scharfe, schneeweisse Flecke! »

La serpette, après dilatation du col, ouvrira un certain nombre de glandes dilatées, mais elle en lais-

sera un plus grand nombre, et n'atteindra pas les replis glandulaires les plus profonds du col. Scarifications, hersage, serpette n'arrêteront pas l'évolution de la métrite profonde qui reste avec ses culs-de-sac glandulaires comme une place forte inattaquable.

Les scarifications linéaires, préconisées par M. Siredey, scarifications fines, aussi serrées que possible, entrecroisées comme les hâchures d'un dessin, et analogues à celles qu'emploient les dermatologistes dans une foule d'affections cutanées (acné, couperose, lupus, etc) ne peuvent guère servir, que contre les pseudo-ulcérations du col. La muqueuse détruite est remplacée par du tissu cicatriciel que vient recouvrir l'épithélium pavimenteux de la portion externe du col. Les kystes dilacérés n'ont pas de tendance à se reproduire, et, à ce double point de vue, les scarifications linéaires rendent de réels services.

Mais elles ne sauraient remédier à toutes les altérations que présente le col dans ces conditions. Lorsqu'il existe des déchirures étendues qui laissent le col évasé, béant, et même renversé de dedans en dehors, ce traitement serait tout-à-fait insuffisant.

De même lorsque l'on est en présence de ces gros cols ayant subi depuis longtemps la dégénérescence scléro-kystique, les scarifications n'ont qu'un effet purement palliatif; elles facilitent sur quelques points la disparition des pseudo-ulcérations, elles décongestionnent momentanément le col et diminuent sensiblement les douleurs, mais les mêmes accidents ne tardent pas à se reproduire.

Le fer rouge a joui d'une grande vogue pendant bien longtemps. La cautérisation se pratiquait d'une manière superficielle, s'il s'agissait de stimuler un utérus atone, d'une façon profonde si l'utérus était mou et engorgé. On ne s'explique guère cette faveur. L'action du disque du thermo-cautère dont on se servait plus spécialement était certes indéniable mais difficile à mesurer sur la surface du col. D'autre part, si l'on introduisait un fer rouge, comme cela a été fait, au niveau de l'orifice inférieur du canal et un peu dans le canal lui-même, on s'exposait à des rétrécissements, des atrésies avec toutes leurs conséquences. L'ignipuncture, préconisé d'abord par Courty, serait peut-être moins condamnable, mais elle n'en est pas moins sous le coup du discrédit.

Les injections qu'Auvard et Touvenaint pratiquent dans le col, injections de quelques gouttes d'un mélange par parties égales de créosote, de glycérine et d'alcool, se rapprochent beaucoup de l'ignipuncture. Elles provoquent des eschares dont la cicatrice rétracte les tissus. Le procédé est moins violent, il est aussi moins actif et peut-être expose-t-il aux mêmes accidents.

L'emploi de vapeurs de brome du docteur Nitot, ne peut guère servir que pour les métrites légères, bien que ces vapeurs soient très diffusibles. De même pour la cautérisation employée par le docteur Boisseau du Rocher qui consiste à introduire une sonde reliée au pôle positif d'une pile, le pôle négatif étant appliqué sur la peau du ventre. Sous l'influence des

sels de l'économie, principalement du chlorure de sodium, il y a électrolyse, il se forme suivant l'intensité du courant qui ne doit pas dépasser 7 milliam-pères de l'oxychlorure d'argent. L'argent passe à l'état naissant ou plutôt atomique dans la profondeur des tissus. Si l'on fait passer un courant de plus de 7 millampères, il se forme des albuminates d'argent, composé toxique, par conséquent dangereux.

L'emploi de la galvanoplastie n'a pas amené de meilleurs résultats (hystéromètre en platine d'Apostoli comme pôle intra-utérin ; gâteau de terre glaise comme pôle abdominal).

Si l'on examine une cavité utérine, traitée par la chimie caustique, on peut suivre, de visu, la cautérisation produite par la sonde galvanique, en observant l'eschare qui en résulte. On remarque alors que la sonde n'a touché qu'une partie du fond de l'utérus.

Le côté gauche ou le côté droit, suivant les cas, échappe à l'action destructive du courant, en dépit des mouvements qu'on a pu imprimer à la sonde pendant le passage du courant. On devrait donc pouvoir se servir d'une électrode qui remplirait exactement toute la cavité utérine et qui toucherait toute la surface de la muqueuse.

Les eschares positives sont d'un gris jaune, avec une légère teinte verdâtre, cette coloration tranche sur les parties voisines qui sont plus rouges sans qu'on puisse dire, toutefois, que cette rougeur soit due à une zone réactionnelle hyperhémique bien déterminée.

Les eschares ne sont pas de même intensité sur

tout le parcours de la surface cautérisée, mais elles sont toujours bien délimitées. Les eschares négatives sont gris verdâtre, elles sont bien moins délimitées que les positives, elles sont également plus molles.

Si maintenant on examine au microscope des petites portions de la paroi utérine ainsi traitée, prises aux endroits où l'eschare existe, on est frappé de l'incôstance de l'action du courant électrique. En effet, certaines parties de la muqueuse sont cautérisées à outrance, la nécrose se remarquant jusque dans la musculature et cette nécrose peut aller jusqu'à former des abcès. A côté de ces parties complètement mortifiées, d'autres, situées dans le voisinage de ces dernières, ont échappé pour ainsi dire entièrement à l'influence destructive du courant et cela, dans des utérus à cavité régulière, non élargie, même après plusieurs séances de chimie caustique.

On devrait bien admettre ici des points de *minoris resistentiæ* par où le courant passerait plus volontiers. Cette circonstance est du plus haut intérêt : elle permet d'expliquer certains faits cliniques dont nous parlerons plus loin. En effet, si toute la muqueuse d'une cavité utérine quelconque était cautérisée avec l'intensité que nous avons pu constater sur certaines portions, toute régénération, toute *restitutio ad integrum* serait matériellement impossible, on aboutirait fatalement à l'atrophie de cette muqueuse. Les cas ne sont pas rares, où l'on a vu des malades ayant subi un traitement électrique complet qui sont devenues enceintes, précisément à cause des portions de

leur muqueuse utérine respectées ou tout au moins influencées dans des proportions beaucoup moindres. C'est ce qui explique également les récidives observées dans les cas d'endométrites guéries en apparence par l'électricité. Certaines parties malades n'ont pas été atteintes par le courant, ne se guérissent pas et propagent à nouveau le mal aux parties influencées et devenues saines à la suite de l'application de la chimie caustique.

Les modifications que le courant galvanique fait subir aux tissus sur lesquels il agit, sont intéressantes à noter.

En général, les tissus se protègent plus ou moins efficacement contre les effets destructeurs de la chimie caustique par la production d'une zone réactionnelle hyperhémique, d'une infiltration leucocytaire manifeste qui forme une espèce de barrière entre le tissu influencé et celui qui ne l'est pas. Cette zone se remarque quelquefois dans la muqueuse près de l'épithélium, parfois, à la limite de la muqueuse et de la musculature. Elle peut même être reculée jusque dans la musculature et profondément dans celle-ci, d'après l'intensité de la cautérisation.

La limite entre le tissu atteint et celui qui a échappé est parfois très nette. Certaines coupes ont montré des vaisseaux dont la moitié des parois tournés vers la zone nécrotique avait également subi la nécrose, et dont l'autre moitié correspondant à la zone vivace avait conservé ses caractères normaux.

Les tissus se décolorent par l'action de la chimie

caustique. Les contours des cellules deviennent moins nets. A un degré plus prononcé de cautérisation, les noyaux et les cellules ne se distinguent plus : on se trouve devant une masse de tissus plus ou moins amorphes. Dans beaucoup de cellules, on remarque même un certain travail de dégénérescence granulo-graisseuse, représentée soit par de fines granulations disséminées dans les différents tissus, soit par de grandes cellules remplies de granulations grasses plus volumineuses et disposées d'une façon symétrique. Les glandes peuvent disparaître complètement par destruction. Les veines présentent quelquefois des thrombus. Ces modifications peuvent se retrouver jusque dans la musculature.

A intensité égale, l'action des courants négatifs serait plus énergique que ceux des courants positifs.

Ce traitement par la galvano-caustique, inauguré par Tripier en 1849 a été continué par Spiegelberg et perfectionné par Apostoli. Frédéricq Simon raconte qu'il a traité par la chimie caustique 38 cas d'endométrite de différentes natures. De ces 38 cas, 33 furent soumis au courant positif, 5 au courant négatif, 12 des malades ont quitté l'hôpital sans avoir retiré un bénéfice quelconque du traitement. Il y a eu 7 résultats douteux, 1 décès, 12 améliorations, 1 guérison suivie de près d'une rechute, 5 guérisons. Le résultat curatif du traitement électrique est donc loin d'être brillant. Les 12 améliorations ne sont pas de grande valeur quand on pense que les hospitalisées étaient des ouvrières de fabrique ou des mères de nombreuse

famille, se fatiguant tout le long de la journée et que le repos seul a certainement améliorées dans leur état.

Le traitement électrique est inférieur au curettage, mais il peut lui être associé. On sait que le curettage employé seul ne donne pas toujours les bons résultats qu'on peut en attendre, comme quand il est suivi d'un traitement consécutif qui règle et surveille pour ainsi dire la reconstitution de la muqueuse raclée. D'ordinaire, on emploie les injections de teinture d'iode, comme complément au curettage; ces injections en nombre variables se font à 3 ou 4 jours d'intervalle. On ne doit en général les répéter que 2 ou 3 fois après le curettage. M. Simon Frédéricq a remplacé ces injections par des séances de chimie caustique. Dans 19 cas ainsi traités, il y eut 15 guérisons, 2 améliorations et 2 cas douteux. A quoi attribuer ces guérisons, sinon au simple curettage. D'ailleurs des 19 cas, il y a 5 curettages exécutés pour endométrite par rétention placentaire; or, on sait que cette forme d'endométrite guérit presque toujours par simple emploi de la curette sans traitement consécutif. Dans la même série, on relève 6 cas d'endométrite fongueuse, forme spéciale, aussi très avantageusement guérie par le curettage.

Les 2 cas de simple amélioration étaient accompagnées de salpingo-ovarite droite.

Des 2 résultats douteux, l'un était accompagné de salpingo-ovarite double et l'autre de déchirure du col.

Un autre désavantage du traitement électrique sur le curettage, c'est sa durée relativement longue. Dans la première série d'expériences, la durée du traitement a été, en moyenne, de 2 mois ; dans la seconde, de 15 jours.

Brivois, résumant l'opinion d'Apostoli dit : « Une simple endométrite sans complication, guérira avec une seule application de chimie caustique totale de la muqueuse utérine avec ou sans dilatation préalable. » Ces vues optimistes sont, comme on le voit, loin de répondre aux résultats, résultats qui sont beaucoup plus brillants dans le cas de fibro-myomes. On pourrait objecter qu'en employant comme électrode la sonde en platine, on laisse forcément des intervalles de muqueuse altérée entre les points d'application. L'échec de la méthode pourrait donc à la rigueur être mis sur le compte de la localisation insuffisante ou incomplète du caustique. Mais on a observé que même dans le cas où toute la surface de la muqueuse utérine paraît être recouverte d'une eschare homogène, là encore, certains endroits ont subi une cautérisation beaucoup plus profonde que les endroits immédiatement voisins.

On pourrait donc faire à la chimie caustique les reproches qu'Apostoli adresse aux autres modes de cautérisation à savoir qu'elle est brutale, aveugle et dangereuse entre des mains inexpérimentées, qu'elle peut produire l'abcédation, qu'elle est difficilement localisable. Peut-être parviendrait-on à une cautérisation plus uniforme, plus complète en répartissant

également l'électricité à toutes les parties de la muqueuse utérine. C'est ce qu'Apostoli a essayé de faire en injectant au préalable de la gélosine dans la cavité utérine.

La cautérisation proprement dite dans le traitement des métrites comprend outre ceux dont nous venons de parler, les crayons caustiques, les injections caustiques.

L'étude de l'action des caustiques employés, depuis les plus faibles jusqu'aux plus forts sur les tissus vivants, les cellules vivantes de la muqueuse utérine est encore à faire, dit Sanger. Elle offrirait un intérêt tout particulier, aussi pratique qu'important. Les recherches multiples qui ont été faites sur des utérus de cadavres n'offrent sur cette question qu'une faible importance. En tous cas, nous devons accepter comme certain que les vrais caustiques détruisent absolument le tissu sur lequel ils agissent à une certaine profondeur, et non pas penser à un « changement d'état » « eine umstimmende Wirkung », c'est-à-dire un changement qui transforme les cellules malades sans dommage pour leur propre existence en cellules saines. Très différemment se comportent les caustiques sur les surfaces dépourvues d'épithélium, les surfaces enflammées, et les surfaces revêtues d'épithélium glandulaire. Si l'épithélium de revêtement oppose une vigoureuse résistance contre la pénétration intime dans le tissu sous-épithélial du moins les épithéliums glandulaires offrent un véritable système de canaux de drainage, à travers lesquels les

caustiques liquides peuvent pénétrer jusque dans la profondeur de la muqueuse.

La destruction totale ou partielle du tissu se fait par une simple nécrose, en tant que la muqueuse touchée, comme la cavité qui en est revêtue, soit amicrobienne et que des microbes ne sont pas importés par le caustique employé, ni par le fait de l'acte opératoire. J'ignore, en effet, si des recherches ont été faites pour savoir si nos caustiques chimiques employés renferment des microbes et spécialement des microbes pathogènes. Cela est peu probable pour les caustiques faibles comme la teinture d'iode, le nitrate d'argent à 2 ou 5 o/o. Bien plus, de nombreuses observations cliniques nous apprennent que même les astringents qui cependant ne sont pas autre chose que des caustiques faibles, ainsi que les caustiques forts très étendus sont capables de tuer les microbes ou bien d'enrayer leur développement ultérieur. Sænger ajoute qu'il ne lui semble pas juste de distinguer les caustiques antiseptiques et les non antiseptiques. Il termine cette discussion par la comparaison entre la formaline à 25 o/o et le chlorure de zinc à 50 o/o. Il donne la préférence au chlorure de zinc et établit les intervalles à observer entre chaque cautérisation pour une substance donnée. « Der vollständige Ablauf einer Aetzung am Muttermund und der sichtbaren Schleimhaut des unteren Theiles der Cervix (bei Erosion, Pseudoerosion, Ectropium) bedarf demnach :

mit. Acid. nit fumans	18-20	Tage
Zink chlorat 50 o/o	14-16	»
» » 30 o/o	10-12	»
Arg. nitr. fus.	8-10	»
Sol. Arg. nit. 50 o/o	6- 7	»
Iod. Alkohol (1/5)	5- 6	»
Tinct. Iod. Holzessig	2- 3	»

Pour la cautérisation des érosions, des pseudo-érosions et des ectropions, dans le cas où la trachélorraphie, l'excision de la muqueuse n'est pas nécessaire, il emploie également le chlorure de zinc à 50 o/o : il applique une tige recouverte d'ouate et fortement trempée dans la solution une ou deux minutes contre le col jusqu'à ce que les parties rouges deviennent blanches, quelquefois il introduit un porte caustique en argent bien entouré d'ouate dans la cavité cervicale.

« Das dünnflüssige Chlorzink dringt tief in die Drüsen ein und bringt sie zur Verödung, so dass Follicularhyperplasie der Portio unter einer zarten Narbendecke, welche man nach Salpetersäureätzungen, so gewöhnlich beobachtete, nicht oder weit seltener danach vorkommen. »

Ou bien il se sert du thermocautère après curetage de l'utérus.

« Daneben verwende ich in solchen Fällen, doch meist nur im Anschluss an die Ausschabung des Uterus, nur noch den Thermokauter, das aseptische

„Eitzmittel « par excellence » wovon eine einzige energische Applikation fast immer genügt. »

Dans la cautérisation par les caustiques chimiques et antiseptiques, il faut tenir compte de l'action destructive de l'antiseptique sur le microbe, de l'action neutralisante sur l'alecoloïde toxique qu'il engendre, enfin de l'action topique sur les tissus. Or, dans la pratique, on constate que tel caustique est trop corrosif, tel autre les irrite. L'un agit trop superficiellement, l'autre n'enlève rien de leur vitalité aux éléments anatomiques, il laisse intacts les protoplasmes qui l'absorbent, et au travers desquels il diffuse, son action s'étend et se propage à distance. Enfin il en est d'autres qui détruisent profondément les tissus et les éléments morbides qu'ils renferment : tels les acides et le thermocautère, agents puissants mais dangereux, surtout s'il reste des parties non atteintes. Dans ce cas l'action irritative du caustique et des cautères s'étend aux parties non atteintes, affaiblit leur vitalité et favorise la création de foyers septiques nouveaux.

Les caustiques acides et le thermocautère, en outre, forment une eschare sèche en coagulant les albuminoïdes. Cet eschare sèche empêche l'écoulement facile à l'extérieur de tous les produits septiques contenus à l'intérieur. Elle enferme dans l'épaisseur de la muqueuse les microbes non détruits, car cet eschare est limitée aux seuls éléments qu'atteignent les caustiques acides ou le thermocautère. Ceux-ci provoquent de plus des phénomènes congestifs réflexes très

douloureux pour la malade, et qui reparaissent presque à chaque époque menstruelle et ne sont soulagés que par la décongestion qui suit l'époque menstruelle. Ce sont les cautérisations qui transforment l'épithélium cylindrique de tout ectropion en un vernis pavimenteux solide amenant fatalement l'oblitération des nombreux conduits glandulaires qui s'ouvrent sur la surface en ectropion. Au speculum, on constate une muqueuse nette et unie sans érosion, le diagnostic s'égare : on incrimine la congestion, tandis que la lésion mûrit dans l'enveloppe cornée, cachant dans sa profondeur la muqueuse sécrétante. Au bout d'un certain temps des saillies folliculaires apparaissent, s'ouvrent spontanément, laissant échapper leur contenu parfois purulent. L'allongement du segment moyen du col, l'atrésie du conduit cervical, la déviation, l'abaissement, l'entretien et le réveil des affections salpingo-ovariques, les lésions interstitielles du stroma cervical, les folliculites profondes sont les conséquences les plus fréquentes observées à la suite de ces cautérisations.

C'est précisément le mérite du caustique de Filhos de ne pas produire tous ces désordres. Sans doute il agit à la façon des caustiques alcalins, du pôle négatif de la pile en ce sens qu'il produit une eschare molle ; mais il a l'avantage sur ceux-ci qu'il n'est pas diffusible, que son action est limitée au gré du chirurgien, grâce à la chaux inactive qu'il renferme et qui a pour but de neutraliser l'action diffusible de la potasse qui, seule, serait trop violente dans ses effets. A ce

compte, le caustique de Filhos peut s'affirmer comme un moyen sûr et efficace pour la cure des cervicites invétérées, sclérokystiques que, seules les opérations plastiques, la trachélorraphie ou mieux l'opération de Schröder prétendaient guérir.

HISTORIQUE

C'est en 1842 que Filhos a fait sous l'inspiration de son beau-frère Amussat les recherches qui l'ont conduit à la création du caustique qui porte son nom. Ce n'est pas que la thérapeutique du jour manquât d'agents de cautérisation. Ils étaient, au contraire, nombreux ; mais un petit nombre seulement avait cours dans la pratique. C'étaient surtout le cautère, le chlorure de zinc, le nitrate acide de mercure, la pierre infernale, la potasse caustique, la pâte de Vienne.

Amussat et Dupuytren recherchèrent dans la potasse caustique un agent topique d'une puissance suffisante. Comme caustique ils avaient bien réussi, mais son application sur le col était vraiment impossible. La potasse se liquéfie et fuse avec une telle rapidité qu'il est inutile d'enrayer son extension à la partie postérieure du vagin où elle produit des eschares et même des perforations. Il fallait faire de véritables tours de force pour prévenir tout accident.

D'autres chirurgiens, le professeur Thiry à Bruxelles, le docteur Gendrin à Paris, adoptèrent le caustique de Vienne sous forme de pâte, dont l'application n'offre guère moins de difficultés et de dangers que la potasse. Eux aussi, étaient obligés à des précautions héroïques pour ne pas provoquer de malheurs. Le

procédé de Bonnet est, quoiqu'un moins dangereux n'est pas acceptable, car il exige le séjour plus ou moins prolongé du speculum dans le vagin.

C'est dans ces conjonctures qu'Amussat poussa son beau-frère Filhos à rechercher « les moyens de parer aux inconvénients attachés à la liquéfaction de la potasse. »

« Justement frappés du mauvais effet des cautérisations trop souvent répétées, dit Filhos, et éclairés sur ce point par une clientèle très étendue, Amussat et Dupuytren, cherchèrent dans la potasse un caustique plus actif. Pour en rendre l'emploi commode et facile, ils en firent faire des cylindres de différentes grosseurs et de cinq à six centimètres de longueur, qu'ils portaient sur le col de la matrice au moyen d'un porte crayon ou fixés à l'extrémité d'un tube de verre. La potasse ainsi appliquée sur le point malade réduisait en eschare tous les tissus altérés pour qu'on n'eût besoin que d'un très petit nombre de cautérisations pour obtenir des guérisons parfaites. Les avantages de la potasse étaient incontestables, et ce caustique eut parfaitement rempli le but désiré, si son application n'eût été constamment accompagné d'une circonstance assez grave pour en faire redouter l'usage. Je veux parler de la prompte liquéfaction de cet alcali qui pouvait ainsi fuser derrière le speculum et produire sur la face postérieure du vagin des eschares, même assez profondes pour perforer ce conduit.

Les injections répétées ne suffisant pas à éviter les

accidents. Amussat eut l'idée de garnir d'une petite éponge fine l'extrémité antérieure de la valve inférieure du speculum qu'il passait ensuite assez fortement derrière le col de la matrice pour retenir ainsi la potasse fondue. Tantôt il se contentait d'introduire jusque sur la partie qu'il venait de cautériser une poudre absorbante comme la fécule de riz, ou bien un petit bout de bande qu'il y laissait à demeure pendant plusieurs heures. Malgré toutes ces précautions, ce n'était encore qu'avec la plus grande peine qu'il parvenait à empêcher la potasse de couler sur la partie saine.

Dans cet état de choses, M. Amussat m'engagea à chercher aussi les moyens de parer aux inconvénients attachés à la liquéfaction de la potasse. J'eus alors l'idée de mêler ce caustique avec différents corps, dans le but d'en rencontrer quelqu'un qui le retiendrait assez fortement pour l'empêcher de couler. J'allais dans cette intention trouver M. Gallot, pharmacien à Paris, pour le prier de m'aider dans ces recherches. Je lui proposais de mêler successivement la potasse avec la chaux et la soude, et de tâcher, au moyen de la chaleur, d'en obtenir des cylindres de cinq à six centimètres.

Nous commençâmes par le mélange qui devait offrir le plus de difficulté. Nous mîmes dans une casserole en argent deux parties de potasse et une partie de chaux caustique, que nous plaçâmes ensuite sur un réchaud allumé. A un certain degré de chaleur, les deux corps se mêlèrent assez intimement

pour former une masse à demi-liquide que nous coulâmes ou plutôt que nous pressâmes dans des tubes de verre qui cassèrent en partie. Cette première opération ne nous fournit que des portions de cylindre.

Nous cherchâmes aussi à unir la potasse à la soude et la soude à la chaux, mais nous n'obtinmes pas de meilleurs résultats. M. Gallot me proposa alors de mêler le nitrate de potasse à la potasse, espérant par ce mélange rendre plus facile la formation du cylindre. L'expérience fut faite et elle réussit très bien. Je plaçai dans une assiette au contact de l'air, une lentille de potasse, une autre de potasse et de nitre, une autre de potasse et de chaux, une autre de soude et de chaux. La première lentille composée de potasse, ne tarda pas à se fondre complètement, sans résidu.

La seconde fondit aussi et se changea en eau et en un dépôt de nitre. La troisième, après vingt-quatre heures conservait sa même forme : la place qu'elle occupait n'était pas même humide ; elle avait cependant perdu sa consistance, car elle n'avait plus que celle de la bouillie ou de la chaux éteinte et légèrement ramollie. La quatrième lentille, enfin, présentait le même caractère que la précédente, à cette différence près, qu'elle avait laissé échapper une goutte d'eau. J'appliquai ensuite ces différents composés caustiques sur le dos et la cuisse d'un lapin. Avec celui de potasse et de chaux, j'eus à peine besoin d'une minute pour produire une eschare et établir ainsi un cautère. Il suffisait de prolonger l'application de cylindre pour obtenir des eschares plus profondes et plus

larges. Si au lieu de laisser le caustique immobile, je le remuais constamment, je parvenais à dissoudre l'eschare, à mesure qu'elle se formait, et à faire ainsi des trous plus ou moins profonds. Les deux autres composés caustiques employés à leur tour ne différèrent du précédent que par un degré moindre de force. En outre, celui qui contenait le nitre se liquéfia plus facilement, et celui qui était formé d'un mélange de soude et de chaux n'eut pas la propriété de dissoudre l'eschare qu'il avait faite.

Appliquée sur la peau d'un cadavre, la potasse caustique fondit assez promptement et sans l'altérer ; le cylindre de potasse et de chaux la détruisit au contraire très profondément.

Ces différentes recherches comparatives que je communiquai à M. Amussat, me conduisirent à ce résultat, que le cylindre de potasse et de chaux était le plus actif des caustiques que je venais d'étudier et qu'au lieu de conserver comme celui qui contenait le nitre une partie de la déliquescence de la potasse, soit au contact de l'air, soit au contact des tissus vivants, il formait, au contraire, une espèce de pâte qui en rendait l'usage beaucoup plus sûr.

L'étude théorique des propriétés de la chaux et du nitrate de potasse eût pu, *à priori*, me conduire au problème de pratique que je venais de résoudre. La chaux, en effet, étant une substance caustique, unie avec la potasse, devait nécessairement produire un mélange plus actif que l'union de ce dernier corps avec le sel de nitre, qui ne possède aucune vertu caus-

lique. Mais nous trouvons surtout l'explication des différences observées sur les deux cylindres dans la différence même de ces deux corps pour l'eau.

Le nitrate de potasse est inaltérable à l'air : il n'en attire pas l'humidité, et il lui suffit de quatre à cinq parties d'eau fluide pour se fondre et d'un et demi d'eau bouillante.

La chaux, au contraire, exposée au contact de l'air, en attire l'humidité, et l'acide carbonique se réduit en poudre, et passe à l'état de sous-carbonate : elle a en outre besoin de cent parties d'eau pour se fondre.

Il résulte de ces différences dans les propriétés du nitrate et de la chaux que, dans l'emploi du cylindre de potasse et de chaux, cette dernière substance, par sa grande force d'absorption et sa grande capacité pour l'eau, retient entre ses molécules, avec les fluides organiques, la potasse même qui se liquéfie, empêche sa diffusion, et concentre ainsi toute son action dans le point où le cylindre a été appliqué. La théorie et l'expérience venaient donc à l'appui de la supériorité du mélange de potasse et de chaux sur celui de potasse et de nitrate de potasse; il ne restait plus qu'à trouver le moyen d'en obtenir des cylindres entiers. Je retournerai, à cet effet, chez M. Gallot qui, de son côté, s'était occupé de fabriquer un moule exprès. Nous mîmes, de nouveau, deux parties de potasse et une partie de chaux dans une grande cuiller en fer, que nous plaçâmes ensuite sur un feu très vif.

La fusion de la potasse ne tarda pas à avoir lieu; celle de la chaux fut un peu plus tardive. Après avoir

obtenu ces deux substances à l'état liquide, et les avoir ainsi combinées, nous parvîmes même à porter la chaleur jusqu'à en produire l'ébullition. Nous coulâmes ensuite le mélange dans une lingotière que nous avons eu la précaution de chauffer pour faciliter notre expérience, et nous réussîmes ainsi très bien à faire des cylindres tels que nous les désirions.

Ces cylindres caustiques eurent pour caractère d'être exclusivement durs, d'absorber promptement l'humidité de l'air et de se recouvrir ainsi d'un hydrate de chaux mêlé de potasse. Pour les préserver de toute altération, et les conserver longtemps, je les fais recouvrir d'une lamelle de plomb ou mieux, suivant l'exemple de M. Duméril, à l'égard des cylindres d'azotate d'argent, d'une couche mince de cire à cacheter, et je les place dans des tubes de verre bien bouchés.

En parvenant à solidifier et à réduire ces cylindres, le mélange de potasse et de chaux, connu généralement sous le nom de caustique de Vienne, j'ai ainsi trouvé le caustique le plus commode, le plus actif et le plus sûr qui pût être employé dans le traitement des maladies du col de l'utérus, celui qui, dans le plus grand nombre de cas, je pourrais même dire, toujours, peut avantageusement remplacer tous les autres. Les effets caustiques se trouvent tout à fait subordonnés à la durée de son application, le chirurgien peut les graduer à volonté et obtenir ainsi tous les degrés de cautérisation dont il a besoin depuis le plus faible jusqu'au plus fort. Le cylindre caustique suffira donc,

soit qu'il faille réduire en eschare les bords ou toute la surface d'un ulcère de mauvaise nature, et même détruire plus ou moins complètement le col de l'utérus, atteint de quelque dégénérescence. Son action sera d'autant plus prompte, que les tissus sur lesquels il agira seront plus mous, plus spongieux. Quant aux eschares, elles seront selon la volonté du chirurgien, plus ou moins larges, plus ou moins épaisses : elles s'agrandissent toujours un peu après la cessation de l'emploi du cylindre par l'action d'un peu de caustique dont elles sont imbibées ; elles pourraient encore cautériser légèrement les parties contiguës, si on n'avait la précaution de les tenir séparées au moyen d'un petit linge ».

Amussat fit un grand usage du caustique de Filhos ; il en a obtenu des succès remarquables. Mais il n'eut pas beaucoup d'imitateurs. Quelques années après la découverte de Filhos, le docteur J. H. Bennet s'est occupé de faire fondre les substances qui constituent le caustique de Vienne, dans la proportion de deux parties de potasse pour une de chaux, et de les couler dans de petits tubes de fer. En France, la découverte de notre illustre compatriote qui mourut quelques années plus tard phthisique, n'eut aucun retentissement.

Philippeaux, dans son traité de la cautérisation, rapporte qu'il a reçu de M. le Dr Diruey de Montigny-sur-Aube une lettre où il est dit : « Le Filhos est-il aussi peu connu qu'il vous le semble ? je l'ignore, pour mon compte, je l'emploie depuis plus de vingt-

cinq ans avec des succès constants. Les résultats ont toujours été assez satisfaisants, pour que je n'aie jamais été tenté de recourir au fer rouge. Comme vous aussi, j'ai remarqué depuis longtemps qu'avec l'azotate d'argent on n'en finissait pas. Dernièrement encore j'ai vu une jeune dame qui avait été traitée inutilement par ce dernier moyen pendant quinze ou dix-huit mois, et qui a été guérie par le Filhos d'une façon relativement très prompte. »

Aran, qui était l'intime ami de Bennet, mais qui dit lui-même qu'il aurait presque voulu rayer les cautérisations du traitement des affections du col utérin, s'est borné à dire dans son livre : (leçon clinique sur les maladies de l'utérus, page 243).

« L'avantage reste en définitive à la pâte de Vienne ». Du Filhos, il ne dit rien, bien que ses leçons fussent publiées en 1858, seize ans après la découverte de Filhos. Courty, en 1879, connaît à peine le Filhos « j'avoue dit-il, que je ne comprends pas l'avantage que M. Gendrin a reconnu à la pâte de Vienne, et il faudrait que cet avantage fût bien grand pour compenser les difficultés d'application. Il est vrai que ces difficultés disparaissent, lorsqu'au lieu de pâte de Vienne, on se sert du caustique de Vienne solidifié par Filhos. Mais il n'y en a pas moins beaucoup d'incertitude sur la largeur et la profondeur de l'eschare, outre la nécessité de laver les surfaces à grande eau et la possibilité qu'il reste du caustique. Du reste, on sait que tous les caustiques alcalins produisent des eschares molles, rendent le sang dif-

fluent et fournissent des hémorrhagies. Il est inférieur au fer rouge ».

Gallard prétend que le Filhos ne saurait remplacer le cautère, parce qu'il fuse trop, qu'on ne peut par conséquent limiter son action à volonté, qu'il donne lieu à des eschares molles, bien différentes des eschares sèches du fer rouge, et qui, en se détachant, facilitent souvent la production de nouvelles hémorrhagies. Le Filhos comme on le voit, avait beaucoup de détracteurs ; il eut aussi ses partisans. Monsieur François Siredey le remit en honneur en 1879, et son neveu Monsieur Armand Siredey nous racontait encore combien il était émerveillé des résultats obtenus, alors que, tout jeune étudiant, il fréquentait la clinique de son oncle à Lariboisière. De nos jours et à notre connaissance, nous voyons successivement le professeur Richelot l'employer couramment et dans une très grande mesure à Saint-Louis : nos excellents maîtres, Monsieur Charles Monod et Monsieur Armand Siredey en font grand usage dans leurs services à Saint-Antoine. D'autres encore, que nous ne connaissons pas et dont la liste serait longue à énumérer s'en servent avantageusement. Monsieur le professeur Richelot pourrait nous en citer un très grand nombre, qui, de Paris ou de province, lui écrivent pour se féliciter de l'emploi du Filhos. Voici d'ailleurs comment Monsieur Richelot contribua à le remettre en honneur.

En avril 1893, le professeur Jaccoud le pria d'examiner une dame qu'on disait atteinte de métrite avec

ulcération, elle avait vingt-cinq ans, deux enfants et n'était pas éloignée de sa dernière couche. Elle souffrait modérément depuis plusieurs mois, avait des pertes sanguines qui l'obligeaient fréquemment à garder le repos ; elle était condamnée, à la fin, à la chaise longue.

« Je lui trouvai un col énorme, dit M. Richelot, déchiré en ectropion avec des lèvres indurées, granuleuses, une abondante sécrétion muco-purulente. Il y avait de plus une retroversion légère, mobile, sans tuméfaction, ni douleurs annexielles ; le corps de l'utérus était gros et congestionné, sensible au toucher, saignant au cathétérisme. Certainement la métrite du corps n'était pas éteinte ; celle du col était profonde et ne pouvait céder qu'à un traitement énergique. Dilatation avec les lamineires, curettage avec anesthésie, opération de Schröder, telles étaient les véritables indications. Mais M. Jaccoud répondit par un veto absolu. Il avait depuis quinze ans constaté chez la jeune femme un souffle intense à la base du cœur ; il admettait une lésion aortique, peut-être une malformation congénitale ; la santé n'était pas troublée ; mais il y avait eu des syncopes pendant le dernier accouchement, il pouvait y en avoir pendant l'anesthésie ; bref, on interdisait le chloroforme et tout acte chirurgical important.

Le curettage sans anesthésie, passe encore, mais comment venir à bout des graves lésions du col ? Je proposai l'opération de Bouilly, mais le moindre coup de bistouri, le moindre éclair de douleur devaient

être évités. Que faire ? C'est alors que le souvenir du Filhos me traversa l'esprit. La dilatation m'étant permise, je plaçai des lamineuses ; je fis ensuite, après une injection de cocaïne dans la cavité, un curettage à peine suffisant, que la malade supporta sans se plaindre ; et je cautérisai une première fois légèrement la surface granuleuse des deux lèvres. Dans l'espace de quatre semaines, je pratiquai huit cautérisations ; puis j'attendis une quinzaine et j'examinai de nouveau : le col était merveilleusement transformé, il était petit et souple ; ses deux lèvres amincies, se rapprochaient par leur face interne légèrement excavée, dont la surface vive et rose annonçait une prochaine cicatrisation. Quelques semaines plus tard, c'était un col d'avant l'accouchement : douleurs, pertes blanches et pertes rouges avaient disparu. La guérison ne s'est pas démentie ».

Aujourd'hui l'accord sur le Filhos est loin d'être complet. Des auteurs et non des moindres, comme M. Doléris, pour qui d'ailleurs nous professons le plus profond respect et la plus haute estime se sont vivement élevés contre le Filhos. Nous rappellerons brièvement les principales critiques que M. Doléris a faites à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie en 1901. Nous essayerons d'y répondre dans notre humble mesure, et avec l'appui des défenseurs du Filhos.

M. Doléris compare le caustique avec le bistouri, à cette différence près, que le chirurgien est maître de l'étendue et de la profondeur du traumatisme que

crée le bistouri. De plus le Filhos, mis en contact avec un col malade, détruit tout aussi bien la muqueuse interne que la muqueuse vaginale saine. Vous croyez guérir ces malades, dit-il, vous obtenez l'apparence de guérison. Vous amputez en quelque sorte avec des applications caustiques et vous amputez tout le tissu malade comme le tissu sain. Que si vous n'allez pas au bout des indications thérapeutiques, vous n'obtenez que des guérisons apparentes.

Attendez quelques mois et quelques années et vous les verrez revenir les opérées par le caustique. Vous verrez à la première congestion un peu durable, à l'occasion de fatigues excessives, à l'approche de la ménopause, l'ectropion se dessiner à nouveau, des nodosités glandulaires, des poussées scléreuses ramener l'ancien état pathologique. Le Filhos détruit trop ou pas assez, il est aveugle, il est long, obsédant pour les malades, il dure des mois, ce qui entraîne une longue période d'asepsie difficile à obtenir des malades qui voient trainer aussi longtemps l'intervention gynécologique, il est susceptible de créer des brides retractiles au niveau des plaies qui mettent si longtemps à se cicatriser. Comme conclusion M. Doléris n'accorde au Filhos d'action efficace que dans les ectropions récents et les endocervicites en surface.

Nous répondrons : sans doute le caustique de Filhos ne saurait avoir la précision du tranchant du bistouri dont la surface est excessivement restreinte. Il s'agit ici de crayons que l'on taille, nous le voulons

bien, mais dont l'extrémité ne saurait être comparée au tranchant du bistouri. Et puis, le chirurgien pose-t-il toujours le tranchant au point voulu ? Le bistouri n'est-il pas trop haut ? Il taille alors en tissu sain. N'est-il pas trop bas ? Il laisse des culs-de-sac infectés : la métrite après l'opération pourra se déclarer à nouveau.

Le Filhos n'évolue pas comme un chancre phagédénique. En réalité, il produit une eschare peu profonde et toujours limitée au point touché. Il ne fuse que jusqu'à la limite de l'eschare que vous désirez produire et ne se répand pas à l'entour. Il détruit les tissus sains ? Oui, s'il vous vient à l'idée de poser le caustique sur la muqueuse externe du col ou sur la muqueuse vaginale. Mais les altérations de la muqueuse sont au pourtour de l'orifice et dans la cavité cervicale. C'est là que doit porter le caustique, non sur les parties saines. On prolonge le contact afin de produire une eschare d'abord superficielle, dont la chute n'enlève qu'une partie des altérations glandulaires ; à la séance suivante, on détermine une nouvelle eschare qui va un peu plus loin et ainsi de proche en proche on sculpte la lèvre à sa face interne, qui, à la fin des séances, finit par requérir sa souplesse et se place d'elle-même en ectropion. M. Dole-
ris prétend que les opérées par le caustique verront leur ancien état pathologique revenir à la première congestion un peu durable. Il s'agit alors de femmes qui ont de la congestion utérine simple, ou bien une congestion utérine compliquée de cervicite. Or, le

Filhos n'a pas la prétention de guérir la congestion utérine pas plus que la fausse métrite de la neuro-arthritique, il pourra guérir la cervicite, mais non pas l'une ou l'autre de ces affections, tributaires de diathèses particulières.

Le Filhos est encore accusé de prolonger la période d'asepsie. Pour notre part, nous avons toujours vu des femmes, atteintes depuis longtemps, désireuses de guérir à tout prix et qui n'ont jamais demandé mieux que de se prêter à nos indications de propreté minutieuse en ce qui concernait principalement les injections. Et puis, l'eschare qui n'est pas encore tombée, n'est-elle pas une protection possible venant du dehors ?

Enfin, ce qui peut être plus grave, M. Doléris accuse volontiers les caustiques de favoriser l'apparition de l'épithélioma du col. Dans son livre si intéressant sur les « métrites et fausses métrites » 1902, il publie l'observation d'un col cautérisé qu'il a eu l'occasion d'examiner au microscope. Il a constaté que la couche d'épithélium pavimenteux qui remplacait la muqueuse boursouflée atteignait une certaine épaisseur en forme de cône, ce qu'il appelle le cône épidermique et dans ce cône épidermique, des îlots, des globes épidermiques de nature maligne. Nous ne pouvons affirmer que M. Doléris range le Filhos dans cette catégorie de caustiques, capables de favoriser la naissance d'un épithélioma. Toujours est-il que rien n'est moins prouvé et qu'en attendant plus ample information, nous continuerons à employer le

Filhos. D'ailleurs ce caustique n'a pas que des détracteurs. Monsieur Richelot, ne s'est pas montré, dans cette discussion de 1901, le seul partisan du Filhos. Monsieur le professeur Pinard, étant interne de M. Tarnier a eu l'occasion d'apprécier le Filhos. « L'an dernier, dit à son tour, M. Potocki, j'appliquai le caustique de Filhos au traitement des métrites cervicales ; j'entends des gros cols ulcérés, à muqueuse éversée, à petits kystes souvent suppurés, lésions ayant résisté au traitement ordinaire et que les malades refusaient de laisser opérer. J'en ai été très satisfait. J'ai appliqué le Filhos chez une dizaine de malades qui ont guéri parfaitement, le col a repris chez elles un aspect normal, les écoulements et les douleurs ont disparu. Chez une femme seulement j'ai observé un certain degré d'atésie du col qui a disparu après quatre séances de dilatation aux bougies de Hégar. Je n'ai pas encore vu de grossesse survenir chez ces malades ; mais, si j'en juge par l'état de leur col, je ne crois pas qu'il y ait lieu de craindre pour elles de dystocie au moment de la période de dilatation.

Suit l'observation d'une dame de l'étranger qui ne voulait à *aucun prix entendre parler d'opération* et que le Filhos, dans ces conditions, a guérie parfaitement d'une métrite scléro-kystique avec ulcération rebelle.

La discussion, à l'heure actuelle, est encore ouverte sur cette question, et M. Doléris y est revenu l'an dernier, répétant toujours les mêmes arguments con-

tre le Filhos, tout en avouant cependant son inexpérience à propos de ce caustique et en se basant non sur l'expérience, mais sur la Raison et le doute scientifique pour déclarer que le traitement par le Filhos est long, incertain pour l'asepsie, impropre à guérir les cervicites invétérées, les déchirures du col, et qu'il doit être rangé parmi les innombrables médications topiques employées pour les ectropions récents et les métrites peu virulentes.

Nous avons terminé cette discussion par l'opinion de M. Potocki, parce que nous pensons que M. Potocki n'a aucun intérêt d'être en faveur ou contre le Filhos. Que s'il en est partisan, c'est parce qu'il l'a expérimenté : il l'aurait tout aussi bien rejeté s'il n'en avait pas obtenu de bons résultats. C'est l'opinion d'un juge impartial, neutre. C'est l'opinion que nous devons accepter.

MANUEL OPÉRATOIRE.

L'application du caustique de Filhos demande quelques soins et beaucoup d'attention. Un agent qui tue et désorganise si rapidement les tissus vivants ne doit être employé qu'avec de grandes précautions.

On placera la malade près d'une fenêtre bien éclairée de manière que le jour pénètre largement au fond du speculum. A défaut de la lumière du jour, on peut se servir d'un réflecteur, comme celui du service de M. Siredey. Cette précaution est absolument nécessaire pour bien suivre les effets produits par le caustique.

On place dans le vagin le speculum Colin ou le speculum Trivalve, dont on écarte les valves, une fois arrivé au col. Un tampon d'ouate ou un bouchon de coton est enfoncé dans le cul-de-sac postérieur. Ce tampon maintiendra le col et protégera la paroi postérieure du vagin contre les parcelles du caustique qui y tomberaient ou plutôt contre les écoulements d'humeur imprégnés de la substance corrosive s'échappant de la surface cautérisée ou de la cavité du col. Au moyen d'une pince, on introduit pendant quelques instants un tampon glycérimé qu'on applique sur l'orifice du col, afin d'exprimer les sécrétions rete-

nues dans la cavité du col. D'ailleurs on sait que la glycérine se prête merveilleusement à l'expression de ces sécrétions glaireuses du col. Si la surface du col présente dans son ensemble quelques irrégularités on appliquera d'abord le caustique sur ces points qu'il faut mettre de niveau avec le reste de la surface. Les cylindres caustiques de Filhos avaient autrefois des diamètres variables pour faciliter ces applications partielles. Aujourd'hui la maison Leperdriel ne produit que des crayons qui ont environ 12 millimètres de diamètre et avec lesquels on peut remplir toutes les indications.

Ces crayons sont d'un usage courant dans le service de M. le Professeur Richelot, à l'hôpital St-Louis. Ils sont susceptibles d'être taillés suivant les indications. Autrefois les tubes de plomb, dans lesquels était coulée la pâte de Vienne, avaient trop d'épaisseur, ils étaient par conséquent difficiles à tailler. Cependant, il faut que le crayon caustique soit absolument préservé contre l'humidité, M. Richelot emploie pour cela la gutta-percha. Il se sert de crayons courts, destinés à ne servir qu'une ou deux fois, coulés dans des culôts de plomb faciles à tenir au bout d'une pince et dont l'extrémité, enveloppée de gutta-percha, fait saillie hors du culôt.

Deux cas peuvent se présenter à l'opérateur, le col est ramolli ou induré. Dans le premier cas, il doit se prémunir contre une hémorrhagie possible et ne pas quitter la malade tant que l'écoulement de sang n'est pas terminé. Dans le deuxième cas, et, si l'in-

duration est très prononcée, il humectera l'extrémité du cylindre caustique avec un peu d'alcool. Le caustique se dissout superficiellement au contact de ce liquide et acquiert une force de destruction plus grande.

La durée d'application du caustique est variable. Pour un col ramolli, elle doit être très courte surtout pendant les premières cautérisations. Elle sera plus ou moins prolongée selon le degré de résistance des tissus, et suivant qu'on se propose une action plus ou moins profonde sur les tissus malades. En général la durée d'application varie de 1 à 5 minutes. Cinq minutes, c'est déjà beaucoup si l'on a affaire à une plaie non encore cicatrisée, résultant de la chute de l'eschare précédente. M. Richelot à St-Louis, M. Siredey à St-Antoine ne se contentent pas de cette application en surface. Ils font pénétrer le caustique de quelques centimètres dans la cavité du col, le maintiennent ainsi pendant quelques secondes, puis le retirant, ils le promènent, pour ainsi dire, sur toute la surface interne du col. C'est ce que M. Richelot appelle sculpter le col. En effet les sécrétions du col retenues dans sa cavité, ont parfois causé le rétrécissement du canal, que le caustique ramène à son calibre normal en faisant disparaître par l'intermédiaire de l'eschare la muqueuse boursoufflée qui donne naissance à ces sécrétions.

Après la cautérisation, on essuie le col, de manière qu'il n'y reste pas la moindre parcelle de caustique. Le tampon du cul-de-sac postérieur est retiré et rem-

placé par un tampon glycérimé, ou ichthyolé de plus grandes dimensions, laissé en permanence pendant 24 heures, et que la femme retire au moyen du fil qui y est adapté. Une injection vaginale d'eau bouillie suivra le retrait du tampon.

En général, après une première cautérisation, on voit l'état du col sensiblement amélioré, nous dirions même, dans certains cas, presque guéri. Mais qu'on ne s'y trompe pas, une seule application suffit bien rarement : l'ulcération n'est pas cicatrisée, la métrite chronique persiste. Il faut nécessairement plusieurs applications et ici se pose une autre question : Quel intervalle doit-on mettre entre les cautérisations ? A vrai dire, rien n'est plus variable. Cet intervalle dépend des circonstances qui naissent de la marche de la maladie ou du traitement, de l'effet produit sur l'organe cautérisé, de l'état de la santé générale, de circonstances même qui ne dépendent pas de l'opérateur, de la façon dont la suite du traitement a été observée par la malade. On peut dire : sauf les retards apportés par la menstruation, que l'intervalle peut varier de huit à douze jours. Quoi qu'il en soit, après la cautérisation, il est nécessaire que la femme se repose, autant que possible couchée, pendant le restant de la journée.

Le nombre de cautérisations capables d'amener la guérison n'est pas davantage déterminé. Il varie suivant l'état de la malade. Chez une femme qui n'a pas eu d'enfants et dont l'affection est relativement récente, la réparation se fera plus vite que chez une

femme fatiguée par des grossesses antérieures ou par des maladies utérines plus longues. D'autre part la menstruation arrête pour un temps le processus réparateur. De plus, il faut savoir s'arrêter à temps et ne pas prolonger inutilement les cautérisations qui deviennent un obstacle à la reconstitution des tissus.

C'est par une surveillance rigoureuse du processus réparateur, en appréciant le changement survenu dans l'aspect du col malade, en remarquant la rareté de l'écoulement sanieux, que l'on arrive à se rendre compte de la marche vers la guérison.

Il ne faut pas se hâter trop tôt d'amener celle-ci, car la malade, se croyant définitivement guérie, ne continue plus à se reposer après les dernières cautérisations, et s'expose dans ce cas à des accidents graves comme la métropéritonite, le phlegmon du ligament large.

Effets généraux du Filhos. — Effets réflexes

Le caustique de Filhos a pour but de produire une eschare plus ou moins profonde, eschare qui comprend une certaine portion de tissus malades. Cette eschare molle ne tombe en général que du 4^e au 8^e jour par petites portions laissant à sa place une surface rouge, couverte de bourgeons charnus, qu'il ne faut pas confondre avec les petits kystes qui

n'ont pas encore subi l'effet de la cautérisation. A l'application, comme après la chute de l'eschare, il s'écoule toujours un peu de sang, mais rarement au point que la femme soit obligée de se garnir comme pour ses règles. A mesure que le col se reconstitue, l'écoulement diminue. L'inflammation provoquée par l'eschare amène une nouvelle vitalité des tissus qui achève la *restitutio ad integrum*.

Nous avons dit que l'application du caustique de Filhos donnait lieu parfois à une hémorrhagie locale, à un écoulement sanguin qui peut persister quelques jours. Mais cette hémorrhagie n'a jamais été dangereuse. Au contraire, elle est toujours suivie d'une amélioration dans l'état local et dans l'état général comme si l'on avait pratiqué des émissions sanguines et avec, en plus, une stimulation particulière, un travail spécial dans les tissus.

Après les premières cautérisations, il arrive quelquefois que l'état de la malade paraît plus alarmant. Les douleurs locales sont exagérées, l'écoulement sanguin paraît plus abondant. La malade perd patience et récrimine contre son médecin. Nous avons, nous-même, éprouvé ces récriminations de malades, mécontentes de leur traitement. Mais, après de bonnes paroles, elles nous revenaient toujours et dès la troisième ou quatrième séance, les récriminations avaient fait place à des remerciements bien sentis. Il n'en est d'ailleurs pas toujours ainsi, et il n'est pas rare d'observer la rapide reconstitution du col et la cessation des symptômes locaux.

L'aggravation des symptômes locaux, après les premières applications, marche souvent de pair avec l'aggravation des symptômes généraux. L'état de fatigue, de torpeur intellectuelle et morale, la dyspepsie, les maux de tête augmentent. Mais encore une fois, ceci n'est que passager, le rétablissement graduel de la santé s'accroît à mesure que l'état local se modifie.

Souvent c'est l'inverse qui a lieu, le retentissement favorable sur l'ensemble de la santé marche plus vite que l'action reconstitutive du col malade. Les symptômes généraux ne sont, en effet, que des phénomènes réflexes de la lésion locale, des troubles nerveux. Tout ce qui produit une impression sur le point de départ, doit produire une impression correspondante sur les phénomènes qui en sont nés. C'est la lésion du col de la métrite qui, par l'intermédiaire du système nerveux, unit l'organe malade au reste de l'économie, et provoque la mélancolie, l'affaiblissement, la dyspepsie, le ballonnement du ventre, les névralgies, à moins, toutefois, que la malade ne soit une arthritique nerveuse, comme M. Richelot le prétend.

Le caustique de Filhos, en détruisant les tissus malades, fait cesser leur influence désastreuse éloignée. La menstruation, jusqu'ici altérée, subit également une heureuse influence et se rétablit régulièrement comme chez une femme bien portante.

Indications. — Considérations générales.

Les médecins d'autrefois ne faisaient pas fausse route en cherchant à guérir ce qu'ils voyaient au speculum, « l'engorgement chronique du col ». Mais leurs moyens d'action étaient rudimentaires, leurs caustiques ne pénétraient pas. Découragés, ils en arrivaient à toucher le col avec le manche d'un porte crayon et renvoyaient la malade avec de bonnes paroles. Plus tard, la gynécologie fit des progrès à grands pas, le bistouri devint audacieux, il fut permis de supprimer les tissus malades, de façonner et de réunir les plaies : la métrite fut guérie. Aujourd'hui, la technique évolue et se perfectionne, mais rien n'est à changer au fond, et les opérations sur le col sont toujours la méthode la plus expéditive pour triompher des infections rebelles. Certes, nous pourrions nous en tenir là, et, puisque nous avons un moyen radical et suffisant pour guérir la métrite chronique du col, nous n'avons que faire du caustique de Filhos, qui vient encore compliquer l'arsenal chirurgical déjà si encombré. Notre intention n'est pas non plus de revendiquer pour le Filhos seul la faculté de guérir les cervicites chroniques. Loin de là, nous pensons, au contraire, que l'opération de Schröder, pratiquée par des mains habiles, avec une minutie soigneuse, donne les plus beaux résultats que l'on puisse rêver, qu'il rétablit en très peu de temps, ce que le Filhos ne saurait jamais faire, l'utérus malade et assure les fonctions indispensables à cet organe.

Mais il y a des femmes qu'on n'opère pas. Le chloroforme est contre indiqué chez quelques-unes : l'observation de M. Richelot que nous avons insérée dans l'historique nous le prouve. Cette femme était atteinte d'une affection cardiaque ancienne en même temps que d'une métrite du col. M. Jaccoud qui la connaissait bien pour l'avoir soignée antérieurement interdit toute opération à M. Richelot, appelé en consultation, et qui tout de suite avait pensé à l'opération de Schrœder. Que faire ? Devait-il la condamner, laisser son mal évoluer, alors qu'il connaissait parfaitement le Filhos tout aussi efficace que le bistouri dans le cas de cette femme ?

D'autres femmes, soit par pusillanimité, soit par toute autre raison, ne veulent pas se laisser opérer. Doit-on les abandonner pour cela ? Evidemment non. Proposez-leur le Filhos et toutes accepteront. Il y a des femmes qui ne peuvent se décider au repos prolongé qu'exige l'opération de Schrœder, à cause de leurs occupations journalières. Elles ont, disent-elles, des enfants à nourrir, un mari malade à soigner, que sais-je ? Il y a dans les familles des circonstances fortuites auxquelles on ne s'attend pas toujours et qui empêchent toute opération. Or, le Filhos ne demande pour toute peine à la malade que de venir se faire cauteriser chez son médecin et lui permet entre temps de vaquer à ses occupations et aux besoins de sa famille. Enfin, en province, dans les campagnes, où la femme est si souvent indispensable à la maison, le médecin sera-t-il contraint d'envoyer sa malade au chirurgien

du chef-lieu, lui faisant accomplir un voyage absolument inutile, alors qu'il pourrait la guérir avec le Filhos, tout en lui permettant de rester chez elle, entièrement libre à son travail.

Nous avons vu en parlant de la pathogénie des métrites que l'on pouvait attribuer à celles-ci deux grandes causes : la puerpéralité, la blennorrhagie.

Dans la puerpéralité, nous avons vu qu'après la période aiguë, deux routes se présentent où la femme peut s'engager. Dans la première, elle marche plus ou moins rapidement vers les lésions définitives des annexes. La diffusion de l'agent septique a été telle que tout l'appareil tubo-ovarien reste malade ; à aucun moment la femme n'est bien portante et ne reprend sa vie ordinaire ; ou bien, elle se relève et semble revenir à la santé, mais elle conserve en elle-même son ennemi : de temps en temps, elle retombe, sans cesse elle est tenue en haleine par les réveils successifs de l'infection, par des poussées de pelvi-péritonite qui mettent le chirurgien en demeure d'intervenir. Cette infection prolongée intéresse l'utérus avec le reste, mais la métrite alors disparaît dans l'ensemble et ne crée pas les indications.

Si la femme prend l'autre chemin, l'infection se limite d'elle-même ou à la suite d'une intervention : elle n'a pas envahi les annexes ou les a touchés à peine, l'involution s'est complétée au bout de quelques mois, le corps a repris son volume, tout est guéri sauf le col. La malade n'a pas d'accidents pelviens, elle reste modérément souffrante avec des

pesanteurs et de la leucorrhée. Un an, deux ans se passent, elle se décide à venir vous trouver. Vous constatez le gros col d'Emmet avec ectropion et érosion. Dans ce cas n'hésitez pas à vous servir du Filhos. M. le professeur Richelot prend comme terme moyen pour l'emploi du Filhos 18 mois à 2 ans après l'accouchement.

Dans la blennorrhagie, il n'y a pas d'infection primitive du corps. Le gonocoque vient d'en bas et touche d'abord le museau de tanche. Or, il a deux manières de procéder : foudroyant, il crée la lymphangite pelvienne, envahit tout, muqueuse, annexes, péritoine, il crée le pyosalpinx. Mais d'ordinaire le gonocoque est plus discret, plus insidieux. Il y a d'abord vaginite plus ou moins intense : puis, peu à peu, la malade commence à souffrir du ventre et des reins et nous montre un col tuméfié, érodé, mucopurulent, après avoir promené de par le monde une métrite qui a pris de profondes racines. D'autres femmes, victimes de la blennorrhée conjugale, n'ont pour ainsi dire jamais présenté de phénomènes aigus, pas de vaginite, quelques douleurs vagues. L'utérus est petit et mobile, les trompes et les ovaires sont silencieux. L'infection est restée toute locale et n'a pas retenti au loin. Elles ont un col rouge, granuleux, suintant, tantôt en forme de barillet, tantôt en forme de bouchon de champagne. Là encore le Filhos est indiqué. M. le Professeur Richelot veut aller plus loin. Non seulement il se sert du Filhos contre les métrites des arthritiques nerveuses, métrites douloureuses qui,

comme toute inflammation, entretiennent et donnent un coup de fouet aux symptômes de la diathèse, mais encore il veut l'essayer dans les états congestifs douloureux avec pertes de sang de ces mêmes arthritiques nerveuses, sans qu'il y ait cependant métrite. M. Richelot ne s'est pas encore prononcé à ce sujet.

Le traitement par le Filhos exige naturellement un certain temps. Nous avons vu en étudiant le Manuel opératoire que cinq cautérisations étaient un minimum, suffisant peut-être pour les endocervicites légères, mais qui peuvent bien être portées à dix ou douze dans les cervicites invétérées. Comme l'intervalle entre chaque cautérisation est au moins de 8 jours, il s'ensuit que le traitement à une durée d'environ 2 mois $1/2$ à 3 mois. Au bout de ce temps, la *restitutio ad integrum* paraît complète. Nous disons paraît complète, parce qu'à certains points de vue, il y a encore quelques précautions à prendre.

En effet, le col, après le traitement, est déjà superbe, bien qu'un peu dur ; au bout de six mois, il est parfait ; au bout d'un an, il a requis toute sa souplesse. Le tissu sous-cicatriciel s'est donc résorbé peu à peu. Et ceci a son importance, au point de vue pratique. Si la femme accouche avant la fin de cette résorption du tissu sous-cicatriciel, il est évident que la période de dilatation sera plus pénible et plus longue. Au contraire, passé ce laps de temps, l'accouchement sera tout à fait normal. D'où la nécessité de conseiller aux cautérisées d'attendre encore un peu si elles désirent n'avoir aucun ennui lors de leur

prochain accouchement. D'ailleurs ce travail de réparation pourrait peut-être avancer plus rapidement, ou en tous cas être influencé d'une façon heureuse soit par le massage, soit par l'envoi de la malade à Nérès ou à Luxeuil.

« Je maintiens, dit M. Richelot, que la restitution de la forme et des fonctions est plus sûre qu'après les opérations les mieux faites. Je suis de ceux qui défendent le Schroeder, à la condition qu'il soit bien exécuté ; mais l'opération est assez difficile, et, même quand elle est bien réussie, quand on a enlevé juste la quantité de tissus nécessaire et obtenu la réunion parfaite, le col est raccourci et n'a plus sa forme première ; souvent, après quelques mois, à la suite d'une régression atrophique, il est encore plus court, et comme aplati au fond du vagin. Rien de semblable avec le Filhos : on trouve à la fin du traitement, six mois ou deux ans plus tard un col nouveau, jeune, remis à neuf, et jamais il n'y a d'atrésie. »

Si M. Richelot n'a pas obtenu l'approbation de tous dans sa défense du Filhos ; en revanche, il a reçu de nombreuses adhésions d'anciens élèves, de confrères de province qui tous se félicitent de la simplicité du procédé qui, pour toute science, demande qu'on sache appliquer le speculum et tenir les anneaux d'une pince. Voici d'ailleurs une de ses nombreuses lettres que M. Richelot a bien voulu nous autoriser à publier :

Saint Florent, le 18 décembre 1902.

Très honoré et cher Confrère,

« Merci des précieux renseignements que vous avez bien voulu me donner. J'étais un peu dérouté par le diamètre des nouveaux crayons ; avec les anciens, je pénétrais dans la cavité cervicale sans y voir clair. Je me rends compte maintenant qu'avec le principe de l'excavation progressive, on sait mieux ce que l'on fait.

Depuis 2 ans, j'ai traité par votre méthode six femmes atteintes de métrite du col. Toutes ont la même histoire clinique, à peu de chose près. Souffrant du ventre, des reins, accablées au moindre effort, c'étaient d'éternelles patientes, se lamentant de leur inactivité forcée, de leur ménage mal tenu, des enfants mal soignés. Chez toutes, écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant, plus ou moins foncé ; col généralement peu ouvert, mais érodé, granuleux, saignant souvent au contact d'un tampon de ouate.

Pour chacune de ces malades, le nombre des cautérisations a varié de 5 à 10. Toutes, même celle qui n'a eu que 5 cautérisations, peuvent être considérées comme guéries. Le col est devenu parfaitement lisse et rosé, les douleurs ont disparu ; chez quelques-unes, il survient encore un peu de gêne abdominale, à la suite de travaux un peu pénibles ; je l'attribue

à un peu de déviation utérine qui m'a paru coexister chez toutes mes malades avec la métrite.

En somme, résultat des plus satisfaisants dont quelques-uns se maintiennent depuis 18 mois.

Une de mes malades, malgré les recommandations que je lui avais faites ainsi qu'à son mari est devenue enceinte : j'ai fait 2 ou 3 cautérisations sur un utérus déjà gravide, sans m'en douter, bien entendu. La grossesse a suivi son cours normal ; mais, au moment de l'accouchement, la dilatation a été très longue à se faire ; le travail a duré environ dix-huit heures, plus long et plus douloureux qu'à deux grossesses antérieures. Je pense bien qu'ici les cautérisations ont été la cause de la rigidité relative du col ; mais cette complication qui n'est pas bien grave doit être tout à fait exceptionnelle. Depuis ce fait, je signale à mes malades les inconvénients auxquels elles s'exposent en ne réfrénant pas leurs passions ou celles de leurs maris, au moins pendant quelques mois.

Je suis heureux, mon cher confrère, de pouvoir vous dire combien j'apprécie, combien mes malades ont apprécié votre méthode que tous les médecins peuvent appliquer : c'est de la gynécologie à la portée de tout le monde.

Je me ferai un plaisir de vous signaler mes nouveaux cas ; j'espère en avoir quelques-uns dans le courant de l'année prochaine. »

Dans cette lettre nous pouvons remarquer la difficulté relative d'un accouchement chez une malade.

Il est permis de penser qu'elle peut être due à un défaut dans l'application du Filhos, ou mieux elle peut résulter de ce que la femme est accouchée avant la fin de la résorption du tissu sous-cicatriciel. C'est, si je ne me trompe, la pensée de l'auteur, quand il dit que ses malades malgré ses bons conseils, ne savaient pas réfréner leurs passions ou celles de leurs maris.

En revanche, nous voyons le Filhos guérir les formes invétérées rebelles, les cols énormes, sclérokytiques, aviver au niveau de leurs sinus les déchirures latérales de la portion vaginale du col qui se ferment de haut en bas à la façon des plaies angulaires.

Dans nos observations, nous avons publié le cas d'une femme qui, après la 9^e et dernière cautérisation a fait une fausse couche. M. Richelot qui la traitait, avait, par inadvertance, négligé la grossesse, préoccupé avant tout de l'état du col. Cette malade avait déjà fait une fausse couche antérieurement, mais à l'interrogatoire et à l'examen on ne trouvait aucune raison capable d'expliquer ces fausses couches que la malade attribuait à de grandes fatigues. Dans ces conditions il serait facile d'accuser le Filhos. Mais alors pourquoi la fausse couche eut-elle lieu six jours après la dernière cautérisation ? Pourquoi pas plus tôt dans le cours des cautérisations antérieures ? Si le Filhos avait été vraiment la cause de la dernière fausse couche, il est permis de croire que celle-ci aurait eu lieu bien avant la neuvième cautérisation. Enfin cette observation est encore intéressante en ce qu'elle nous fait assister, nous dirons presque à un

véritable accouchement avec période de dilatation sans aucune difficulté sans de trop grandes douleurs, sans dystocie véritable.

Cette observation et les deux autres où nous avons constaté grossesses et accouchements normaux nous permettent peut-être d'espérer de plus beaux résultats avec le Filhos qu'avec les opérations plastiques du col au point de vue de l'accouchement. Nous ne parlerons pas de la trachélorraphie « qui ne peut viser rationnellement que la restauration plastique de la forme du col, résultat dont on ne songe pas à nier l'importance, mais qui manque le principal but, la guérison de la métrite » Doléris. »

En octobre 1895, Audebert observe un cas de dystocie grave consécutif à l'opération de Schröder. Il voit, en outre, à la clinique Baudelocque une femme qui, à la suite d'une amputation du col, avait eu trois avortements successifs. Il trouve dans les registres du service de M. le Professeur Pinard huit observations de femmes ayant accouché ou avorté après une amputation du col. Enfin, avec deux faits personnels, il arrive au chiffre respectable de seize observations inédites qui, dit-il, nous autorisent à affirmer que l'opinion généralement adoptée est d'un optimisme exagéré. Il s'agissait bien entendu d'opérations faites avec le bistouri pour endométrite totale ou endocervicite soit par le procédé à deux lambeaux de Simon Markwald, soit par la méthode à un seul lambeau de Schröder.

Sur ces 16 femmes qui, après l'amputation du col,

ont eu en tout 24 grossesses, on trouve 10 avortements, 9 accouchements avant terme, 5 accouchements à terme. Ces mêmes femmes avant d'être opérées avaient fourni un total de 27 grossesses, 22 se sont terminées à terme, soit 81 o/o. Les mêmes femmes après l'amputation, ne portent à terme que 5 grossesses sur 24, soit 21 o/o. Quant aux avortements, nous relevons 2 avortements antérieurs seulement, et 10 avortements postérieurs à l'amputation.

Ces chiffres parlent mieux et plus haut que tous les raisonnements.

« Je ne crois exagérer en rien, dit le professeur Pozzi, en disant qu'il faut plus d'habileté et une plus persévérante asepsie pour mener à bien une amputation immédiate du col que pour réussir une ovariectomie ordinaire. Or, combien de praticiens se croient qualifiés pour la première qui n'oseraient aborder la seconde ! De toutes les techniques de restauration utérine, celle de Schröder est la plus difficile, celle qui se prête le moins à une exacte coaptation, à une réunion primitive parfaite. Cela demande une habitude consommée qu'on ne saurait exiger de la plupart des praticiens. »

Avec les facilités, données par l'anesthésie, l'hémostase, l'antisepsie et l'autoplastie, on s'est laissé trop entraîner à tenter de guérir radicalement certaines affections justiciables d'un traitement moins énergique, mais plus long. M. le Professeur Pinard a rendu un grand service en rappelant, chaque fois qu'il en a trouvé l'occasion, les résultats obstétricaux

après les interventions sur le col. Les discussions sur cette question des amputations, à la société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie ont suscité des conclusions sanctionnées par les faits. « La résection du col, quel que soit le procédé employé, ne doit être pratiquée que sur des indications très sévères et par des mains très sûres. »

Conclusions votées à l'unanimité par la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Hôpital St-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame L..., ménagère, 32 ans, 20 décembre 1902.

La malade se plaint de douleurs très vives surtout à la miction.

Réglée à 15 ans pour la première fois. Elle a toujours été bien réglée.

Son premier enfant est né, il y a 13 ans. Ses couches ont été normales.

Elle se portait très bien depuis ce temps. Mais il y a quatre ans, elle a commencé à perdre en blanc. Les pertes avaient leur acmé un peu avant et après les règles. Elle éprouvait des douleurs à la miction, douleurs qu'elle qualifie de gravatives. On l'a soignée dans le service au moyen de tamponnements et d'injections au permanganate de potasse, pendant deux mois. A la suite de ce traitement, les douleurs disparaissaient. Mais il y a huit jours, elles reviennent avant les dernières règles qui datent de samedi dernier et qui sont terminées depuis deux jours. Pas d'appétit. Douleurs irradiantes dans la région lombaire.

La malade se croyant guérie à la suite du traitement précédent avait négligé sa métrite cervicale, et c'est à l'occasion des dernières règles, que celle-ci reprend toute son intensité.

C'est d'ailleurs ce que fait constater l'examen au spéculum. Le col est gros, rouge, boursoufflé avec érosion et pseudo-kystes.

Le 20 décembre 1902, on lui fait une scarification du col.

Le 23 décembre, application pendant trois ou quatre minutes du caustique de Filhos, opération douloureuse, disait-elle.

Le 30 décembre, même opération.

Le 20 janvier, elle revient nous voir complètement guérie. L'orifice du col est très élargi et l'hystéromètre pénètre à une profondeur de sept centimètres sans aucune difficulté et sans que la malade n'éprouve de malaise.

OBSERVATION II (personnelle).

Hôpital St-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame M. de Bordeaux, blanchisseuse, 30 ans, 21 mars 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 63 ans de cancer du rectum. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Une sœur et deux frères se portant bien.

Antécédents personnels. — Réglée à 18 ans. Toujours bien réglée.

Mariée à 20 ans. A 23 ans, 2 ans avant son premier enfant elle souffre du ventre et accuse des pertes blanches. Depuis ce temps là, elle ne s'est jamais remise complètement, malgré les injections de tanin, d'acide borique que lui avait ordonnées son médecin. Elle a son premier enfant à 25 ans. Il meurt à un mois de l'érysipèle des

nouveau-nés. A 27 ans deuxième enfant, un garçon qui meurt à 6 mois $1\frac{1}{2}$ d'une méningite tuberculeuse. Après ses premières couches, elle s'est levée au bout de huit jours, mais affirme n'avoir eu aucun trouble de la santé. Après son deuxième enfant, ses couches ont été normales, elle s'est levée au bout de 5 jours sans présenter dans la suite aucun accident.

Actuellement, elle se plaint depuis deux mois $1\frac{1}{2}$ de douleurs dans le ventre, elle accuse des pertes rouges et des pertes blanches entre les règles. Au spéculum, on constate la présence d'une ulcération du col avec métrite et ectropion de la muqueuse.

Le 21 mars 1903, on cautérise le col avec le Filhos. Elle revient le 31 mars. Je l'interroge sur les effets produits par le Filhos. Elle me répond qu'après l'application du caustique, elle a éprouvé des douleurs, et, que malgré cette opération, elle a continué à perdre en blanc pendant 4 jours. On lui refait une application de Filhos, après avoir constaté *de visu* que le col était en meilleur état. Puis tampon à l'ichthyol. Le 18 avril, la malade revient nous disant qu'elle a eu ses règles du 11 avril au 15.

Elle ne se plaint plus de rien et paraît réjouie de son traitement.

Le col est en bon état, l'ectropion n'existe plus. Tampon à l'ichthyol. Le 25 avril, dernier tampon ichthyolé. Plus de douleurs, ni de pertes. Col en parfait état.

OBSERVATION III (personnelle).

Hôpital Saint-Antoine. Salle Chomel (Consultation)

Madame D. A. 34 ans 1/2, journalière dans une fabrique électrique, 15 Mars 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux à 66 ans. Mère de 70 ans bien portante. A la ménopause, quelques troubles caractérisés par des pertes rouges. Grand-mère morte d'un cancer au sein.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte il y a 4 ans d'un cancer au sein, à 44 ans. C'était une femme très forte qui n'avait jamais été malade.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole puis la varicelle en 2 mois de temps. Conjonctivite à 15 ans. Réglée à 14 ans, toujours bien, mais règles abondantes avec parfois des douleurs à l'approche des époques. A 16 ans, elle se plaint de maux d'estomac caractérisés par des brûlures, des malaises, de l'inappétence, des douleurs épigastriques. Soignée avec du quinquina, des pilules de fer, avec alternative de mieux et de pire sans jamais avoir été complètement guérie.

Elle s'est mariée à 22 ans, a eu son premier enfant à 23 ans avec suite de couches normales. Deux ans après, elle fait une fausse couche de 3 mois 1/2, occasionnée par une chute sur le dos. Au mois d'août 1891, étant à la campagne, elle a eu des vomissements de sang et du métrana ?

Elle est restée à Vauvert, dans le Gard, 2 mois 1/2 et dès qu'elle se sentit capable de voyager, elle revint à Paris se faire soigner dans le service de M. Hayem. Elle est restée une première fois 9 semaines en novembre 91 ; une deuxième

fois 3 semaines en juin 92. Dans cet intervalle de 91 à 92, elle s'est plainte de maux de ventre.

Après avoir été soignée dans le service de M. Siredey pendant 6 semaines pour une métrite, elle est sortie guérie. Depuis ce temps, elle a été à peu près bien portante. Mais à l'occasion de ses dernières règles, elle a éprouvé des douleurs violentes dans le ventre, et a dû s'aliter pour une grippe cette semaine.

Elle se décide à venir consulter M. Siredey. On constate au spéculum une métrite du col avec annexite ancienne.

Le 15 mars 1902, on lui fait une application de Filhos, renouvelée le 29 avril. Elle revient nous voir le 24 janvier 1903. On constate au toucher une rétroflexion, un utérus un peu dur. Au speculum le col est redevenu normal, mais elle a une légère sténose, sans dysménorrhée. Ses dernières règles dataient de 8 jours et n'avaient pas été douloureuses.

OBSERVATION IV (personnelle).

Hôpital St-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame F. — 57 ans, couturière, 28 février 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 74 ans d'une hémorrhagie cérébrale. Mère morte d'un cancer à l'estomac.

Antécédents collatéraux. — Frère bien portant.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante étant jeune.

Réglée à 11 ans, toujours bien réglée. A 15 ans ses règles s'arrêtent pendant 3 mois. Congestion pulmonaire.

Mariée à 21 ans 1/2. Elle eut une fille à 23 ans. Ses suites

de couches ont été normales. Mais sa fille, venue au monde par le forceps, meurt à 4 mois 1/2 de méningite tuberculeuse. A partir de ce moment, elle devient obèse et diabétique. Elle éprouve par 2 fois des arrêts de 5 mois dans ses époques. Son diabète ne persiste pas et à 25 ans elle accouche d'une fille avec suite de couches normales. A 27 ans, nouvelle fille toujours avec bonne suite de couches.

Il y a 3 ans, son mari, alors âgé de 58 ans, interné 2 fois à Vaucluse meurt de paralysie générale. Il avait des habitudes alcooliques et avait contracté la syphilis à 40 ans. A la suite de cela, elle eut la roséole, elle perdit ses cheveux et fut obligée d'aller se faire soigner à St-Louis, où elle fut traitée pendant 6 mois avec les pilules Dupuytren, l'iode de potassium et l'eau de Labarraque en injections vaginales.

Actuellement, elle n'est plus réglée depuis 6 ans, mais elle souffre du ventre, a perdu en rouge et se plaint de crises diarrhéiques.

Au spéculum, on constate une vieille métrite du col. Le col presque sessile n'a plus de pédicule.

Première application du Filhos, le 28 février 1903, pas de douleurs à l'application du caustique. On lui fait encore deux applications le 7 et le 17 mars. Le 31 mars, elle était complètement guérie avec un col superbe et sans aucune trace d'ulcération.

OBSERVATION V (personnelle).

Hôpital Saint-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame D..., 32 ans, ménagère, 29 avril 1903.

Antécédents héréditaires.— Père mort tuberculeux à 39 ans.

Mère morte d'un cancer de l'utérus à 52 ans.

Antécédents collatéraux. — Un frère tuberculeux.

Antécédents personnels. — Nature un peu chétive. Diarrhée à 12 et 13 ans. Apparition des premières règles à 12 ans. Toujours bien réglée, mais voyant peu. Elle se marie à 20 ans. A 24 ans, elle a son premier enfant qui est resté bien portant.

Ses suites de couches ont été normales. Deux ans plus tard naît son deuxième enfant qui meurt à 4 mois de méningite tuberculeuse. Elle se lève 15 jours après ses couches qui ont été normales et sans accidents. A 28 ans, elle a son troisième enfant, qui meurt trois mois après d'athrepsie. Elle se lève 8 jours après ses couches et depuis ce temps, elle ne se sent pas très bien. Elle accuse des douleurs lombaires, des pertes blanches principalement entre les règles. Elle reste un an sans consulter de médecin. Enfin elle se décide, et le médecin qu'elle va consulter lui fait des pansements pendant 10 mois. A la suite de ce traitement, survient quelque peu d'amélioration dans son état et la malade se croit guérie, ou du moins suffisamment guérie. Mais il y a un an, le mal utérin avec tout son syndrome reparait. Elle vient le 29 avril 1903 pour la première fois dans le service de M. Siredey. On lui fait un pansement ichthyolé. Dix jours après, première application du Filhos. La malade nous assure n'avoir ressenti aucune douleur et, en rentrant chez elle, a la précaution de se reposer. On alterne le Filhos avec des pansements à l'ichthyol, et après cinq cautérisations, le col présente une belle forme, couleur ardoisée, dans un bon état. Les règles sont revenues régulièrement, le sang est bien rouge.

La guérison est complète en juillet.

OBSERVATION VI (personnelle)

Hôpital Saint-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame M. B., 45 ans.

Se plaint de douleurs dans le ventre irradiant vers les aines, les cuisses et les lombes. Réglée à 15 ans, toutes les trois semaines. A eu huit enfants : accouchements normaux. Une fausse couche de trois mois, il y a 2 ans. La malade est restée au lit pendant trois ou quatre jours et a repris ensuite son travail habituel.

Rien de particulier du côté de l'appareil génital pendant les neuf premiers mois qui suivent la fausse couche. Mais vers le dixième mois, la malade commence à ressentir sur le côté droit du ventre une douleur vive et irradiant vers les lombes. A partir de ce jour, les règles sont devenues douloureuses, moins abondantes et moins prolongées. (La malade voyait autrefois pendant sept jours et maintenant seulement pendant trois jours). Huit jours avant les règles, pertes blanches légères. Son état général n'est guère moins satisfaisant. Elle ressent des douleurs d'estomac, éprouve des vertiges, des névralgies faciales, du ténésme vésical.

A l'examen : petit polype de l'urèthre qu'on excise après ligature. Métrite avec gros col mou en barillet. Glaires épaisses sortant du col ectropionné. Application du Filhos, 26 mai 1903.

Le 30 mai 1903, nouvelle application du caustique.

Le 24 juin, grande amélioration. Ectropion en voie de cicatrisation.

Application de Filhos, 2 juin. La malade ne revient plus.

OBSERVATION VII (personnelle).

Hopital Saint-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame M. S., 29 ans, piqueuse à la machine,
24 juin 1902. 107

Se plaint de douleurs, de cuissos périanales et de pertes blanches. Réglée à 13 ans, mais jamais très bien réglée.

Elle a eu deux enfants avec suite de couches normales. Rien jusqu'à ce moment.

Actuellement, la malade se plaint de pertes blanches entre ses époques. Ses règles sont douloureuses ; elle ressent aussi des douleurs périanales surtout quand elle est assise, et des douleurs dans le bas ventre quand elle se fatigue. Fréquemment constipée, elle manque d'appétit et digère mal.

A l'examen, on constate un gros utérus. Métrite avec villosités à l'intérieur de l'utérus. Petit polype de l'urèthre qui est immédiatement excisé, 24 juin 1902.

Six jours après, elle subit une application de Filhos qui est répétée le 5 juillet et le 19 juillet.

La malade revient nous voir le 11 novembre, complètement guérie. Le col est largement ouvert, parfaitement sain. Pas d'atrésie. L'hystéromètre passe avec facilité.

Le 6 janvier 1903, elle revient nous dire qu'elle n'a pas eu ses règles depuis deux mois. Nous constatons le développement des veines du sein et des tubercules de Montgommery. Nous déclarons à la malade que, probablement, elle est enceinte. Elle ne paraît nullement étonnée et nous dit qu'elle s'y attendait.

Cette observation nous a paru particulièrement intéressante, en ce qu'elle nous prouve que le Filhos est loin d'empêcher la conception.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Hôpital Saint-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame F. F. L., 23 ans, ménagère de Bussièrès (Yonne), 25 octobre 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose, alors qu'elle avait 2 ans. Mère bien portante.

Antécédents collatéraux. — Deux frères. L'aîné a contracté la syphilis à 23 ans. Il a deux jumelles dont l'une est morte à 8 mois. L'autre, qui a 18 mois, est soignée pour syphilis héréditaire.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Réglée à 14 ans sans aucune espèce de trouble. Elle n'a jamais été bien réglée, et avait des retards de 2 et 3 mois. Mariée à 19 ans, elle a une fille à 20 ans. Depuis ce temps elle accuse des pertes blanches entre les époques et avant les règles. A 22 ans, elle a un garçon. Enfin, il y a 15 jours, elle fait une fausse couche de 7 semaines. Cette fausse couche est faite dans des circonstances particulières. Elle n'avait pas eu ses règles depuis 6 semaines et un médecin ayant déclaré qu'il ne trouvait pas de symptômes de grossesse, la cautérisa avec de la teinture d'iode, prétendant qu'elle avait une salpingite et une plaie au col de l'utérus; à la suite de ce traitement elle faisait une fausse couche. Un médecin de nuit, appelé, la soigne, la panse et elle ne reste couchée que 4 jours. Elle continue à perdre en rouge et en blanc. Elle vient à la salle Chomel le 25 octobre 1902.

A l'examen on constate qu'elle a un gros col antéversé et antéfléchi; l'utérus est encore en état d'involution incomplète on lui applique un tampon ichthyolé.

31 octobre. Cautérisation avec le Filhos. Cette cautérisation lui cause une perte qui dure 8 jours avec douleur. Huit jours après, elle a ses règles qui persistent pendant cinq jours, avec abondance et toujours douloureuses comme autrefois.

Le 15 novembre, tampon ichthyolé. Le 29 novembre, nouvelle cautérisation. Dès ce moment la malade se sent mieux, elle a moins de pertes blanches, mais la cautérisation a été encore douloureuse. Le 9 décembre, 3^e cautérisation au Filhos. Les pertes diminuent et les règles reviennent bien sans douleur.

Le 8 janvier 1903, tampon ichthyolé.

Le 16 janvier, simple injection. La malade va beaucoup mieux.

Le 8 février, 4^e cautérisation au Filhos.

Le 4 mai. La malade attend ses règles, elle est complètement guérie.

OBSERVATION IX (personnelle).

Hôpital Saint-Antoine. Salle Chomel (Consultation).

Madame M. 33 ans, mécanicienne, 16 septembre 1902.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux.

Elle a encore sa mère qui a eu une congestion pulmonaire à 69 ans.

Antécédents collatéraux. — Un frère de 43 ans, bien portant.

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse à 2 ans. Palpitations de cœur à 12 ans. Elle est réglée depuis l'âge de 12 ans, toujours bien réglée. Mariée en 1893, elle a une fille un an après. Cette enfant est restée jusqu'ici bien portante. En 1899,

la mère fait une fausse couche de 2 mois $1/2$, et depuis ce temps, elle se plaint de douleurs dans le ventre du côté droit principalement, avec pertes blanches. Entre temps, elle a des crises de colique hépatique d'une durée de 48 heures et revenant tous les trois ou quatre mois. Depuis deux ans, elle ne s'en plaint plus. Pour son affection utérine, elle se fait soigner à Orléans, où dit-elle, on lui appliquait des tampons à la vase-line. Malgré ce traitement, elle se plaint toujours de douleurs dans le ventre.

Il y a trois mois elle vient à St-Antoine consulter M. Monod, qui l'envoie dans le service de M. Siredey.

Au spéculum on constate que la malade est atteinte de vieille métrite du col avec prolapsus des annexes droites, vieille annexite gauche ; utérus gros, augmenté de volume, en bouchon de champagne.

On lui fait 5 applications de Filhos, suivies de tampons ichthyolés.

Le 20 décembre 1902, après la 2^e application, le col est encore boursoufflé, œdématié, sclérosé.

Le 27 janvier 1903, l'état du col est normal. Petites cicatrices blanchâtres dues au caustique encore apparentes. Col ayant une légère teinte violacée et semblant un peu congestionné.

OBSERVATION

(de M. le D^r Filhos).

Végétation sur le col de l'utérus.

Madame N., âgée de 21 ans, d'une constitution lymphatique, est affectée de végétations sur le col de l'utérus. Dans sa première enfance, cette dame, d'une complexion faible

et délicate, éprouva une légère déviation de la colonne vertébrale, que des soins éclairés combattirent avec succès. L'époque menstruelle, arriyée à 11 ans 1/2 fut très favorable à sa santé. L'appétit, jusque-là capricieux, devint meilleur, les digestions furent plus faciles, les lèvres et les joues prirent une légère teinte rosée ; toute son organisation prit de la force et de la vie. Mariée à 18 ans, elle n'a pas eu d'enfants. Dans les derniers mois de 1838 et au commencement de l'année suivante, les règles qui avaient toujours été régulières quoique peu abondantes, diminuèrent peu à peu et finirent même par se suspendre. Deux fois elles cessèrent ainsi, et deux fois, après un intervalle de deux à trois mois elles reparurent et toujours avec quelques petits caillots de sang. Madame N., qui jusque là n'avait eu que peu de fleurs blanches, se trouva bientôt incommodée par un écoulement vaginal assez abondant. Le ventre prit peu à peu de la dureté et du développement. Il était devenu sensible et douloureux, principalement dans les régions hypogastrique et lombaire. Les forces s'étaient altérées ; il n'y avait plus d'appétit et l'estomac très capricieux rejetait souvent les aliments qu'il venait de recevoir. De temps en temps, il survenait dans le bas ventre des coliques assez vives pour déterminer des défaillances. Madame N. avait toujours refusé de se soumettre à l'examen de la matrice ; mais vaincue par le progrès de son mal, elle y consentit enfin. L'utérus avait son volume ordinaire ; il paraissait à l'état normal. Le col était engorgé, un peu rouge, violacé, d'une dureté médiocre, son extrémité libre était entourée d'un anneau de végétations assez dures, de grosseur et de formes différentes. Le vagin n'était le siège d'aucune inflammation.

Après s'être assuré que les végétations du col de l'utérus, ne tenaient pas à une maladie syphilitique, M. Amussat pro-

posa de les enlever avec le caustique. Il se servait d'un cylindre de potasse. Six cautérisations furent pratiquées à divers intervalles ; un moins grand nombre eut probablement suffi sans la grande tendance de ces végétations à se reproduire. Une fois, la potasse coula sur la face postérieure du vagin, et y produisit une eschare. Un traitement général et approprié à l'état de la malade fut prescrit et exactement suivi. Depuis deux ans que Madame N. est guérie, elle n'a plus éprouvé de douleur, et elle n'a jamais eu une aussi bonne santé.

OBSERVATION XI

(de M. le D^r Filhos).

Madame N. âgée de 34 ans, mulâtre, habitante du Sénégal, est venu à Paris en juin 1840, pour se faire soigner d'une maladie de matrice. Réglée à 16 ans, cette dame avait toujours eu une constitution faible et lymphatique, elle avait été incommodée de bonne heure par des fleurs blanches. Mariée en 1830, elle eut 2 enfants. Après sa première couche, elle fut affectée de temps en temps d'écoulements plus ou moins abondants, de couleur tantôt jaune, tantôt verdâtre qu'elle négligea de soigner.

En 1834, des matrones connues sous le nom de fadhkat trouvèrent à l'entrée de la vulve des excroissances qu'elles excisèrent. Puis elles prescrivirent pour combattre l'écoulement vaginal, des lotions avec de l'eau blanche. Elles furent continuées pendant 6 ans.

Profondément attristée de sa position, au point d'en avoir la raison un peu altérée, Madame N. consulta en 1837 M. le docteur Calvet. Ce médecin lui ordonna des bains, des lotions, un régime fortifiant et des pilules ferrugineuses. Mais la malade n'ayant

éprouvé aucun bien de ce nouveau traitement se décida à venir à Paris.

26 juin 1840 : écoulement jaune et abondant, démangeaisons aux parties génitales, envies fréquentes d'uriner, constipation, tiraillement et tension dans les aines, douleurs dans le bas-ventre. Les parties génitales externes ne présentent pas de traces de maladies. Le col de la matrice est engorgé et beaucoup plus volumineux que dans l'état normal. Le museau de tanche est très rétréci. Tout son pourtour présente une excroissance fongueuse, ulcérée et de consistance très faible. La malade se fatigue à la moindre promenade. Elle est d'une très grande faiblesse et si impressionnable au froid qu'aux mois de juillet et d'août par une très grande chaleur, elle reste toujours couverte de gros manteaux de laine. Elle éprouve de temps en temps des défaillances. Enfin on observe chez cette dame tous les symptômes de la gastro-entérite chronique.

Après avoir d'abord amélioré l'état général de la malade par un traitement varié et convenable, M. Amussat se décida à détruire l'excroissance du col de l'utérus. Il se servit d'un cylindre de potasse caustique, 8 cautérisations furent faites à des intervalles différents, 2 fois, la potasse coula un peu sur le vagin et y produisit une légère eschare.

Au mois d'octobre, la guérison fut complète, Madame N. se sentant tout à fait rétablie, voulut retourner dans son pays où elle a dû continuer le traitement antisyphilitique qu'elle avait commencé.

OBSERVATION XII

(de M. le D^r Filhos).

Ulcération du col de l'utérus.

Madame B. âgée de 33 ans, a été réglée à 17 ans, mariée à 22, elle a eu 5 enfants. Sa dernière grossesse date de 1838.

Cette malade a eu pendant son enfance, la rougeole, la scarlatine et deux fois la petite vérole ; elle n'avait pas été vaccinée. Elle fut atteinte de la gale à 8 ans ; elle était de plus assez sujette à des épistaxis et à des érysipèles fréquents. Depuis l'âge de 17 ans, à part le retour des érysipèles et quelques battements de cœur, sa santé s'était maintenue assez bonne. Madame B. n'a jamais eu de maladie sérieuse. Elle a toujours été incommodée par des fleurs blanches assez abondantes. Depuis sa dernière couche, elle souffre de la matrice. La maladie a débuté par de légères douleurs et des lassitudes dans les reins autour du bassin et dans la vessie. Plus tard survinrent des tiraillements d'estomac et quelquefois des défaillances. La malade consulta un médecin, mais les conseils qu'elle en reçut, restèrent sans effet. Ses forces continuèrent à s'affaiblir ; elle éprouva de la lourdeur dans la région de la matrice et parfois de la douleur. L'écoulement vaginal était plus abondant et les règles venaient plus difficilement.

La matrice avait son volume ordinaire. Le col de cet organe était engorgé et douloureux au toucher. La lèvre antérieure surtout avait une grande dureté ; elle était de plus le siège d'une large ulcération dont la surface était grenue et grisâtre, et les bords durs et calleux. La lèvre postérieure était légèrement excoriée. On observait une inflammation chronique de la partie supérieure du vagin.

Tisane d'orge, cataplasme de farine de riz dans le vagin. Injection d'eau de guinauve presque froide. Bains entiers, bains de siège.

Régime. — 15 juillet 1841. — L'inflammation était dissipée ainsi que la douleur.

Ulcération, au contraire persistant toujours et tendant même à s'agrandir. M. Amussat la cautérisa avec le cylindre caustique de potasse et de chaux. Quatre cautérisations faites à des intervalles éloignés suffirent pour obtenir une guérison parfaite. La malade jouit encore aujourd'hui d'une très bonne santé.

OBSERVATION XIII

(de M. le D^r Filhos).

Squirrhe du col de l'utérus.

Madame H., d'une constitution forte et sanguine, est âgée de 45 ans. Elle a été réglée à 18 ans 1/2. Pendant longtemps, elle est restée sujette à des esquinancies et à des douleurs rhumatismales qui s'étaient développées à la suite de l'immersion des pieds dans l'eau froide pendant l'époque menstruelle. Cette dame a eu 4 enfants et une fausse couche. La dernière grossesse a été assez pénible, les accouchements ont été faciles et les suites de couches heureuses. La fausse couche fut causée par une frayeur en juillet 1830. Depuis son mariage, elle a été incommodée par des fleurs blanches, tantôt vertes, tantôt jaunes, parfois très abondantes qui la fatiguaient beaucoup et l'inquiétaient au point de lui faire croire qu'elle avait un ulcère à la matrice.

En 1836, elle eut une métrite dont la cause ne fut pas connue, cette inflammation fut combattue par un traitement antiphlo-

gistique. Durant la convalescence qui fut un peu longue, il se développe une douleur vers la fosse iliaque du côté droit. Cette douleur paraissait avoir son départ dans l'utérus ; elle était vive, brûlante ; la malade la comparait à la sensation que produirait une potée d'eau bouillante, jetée sur la région souffrante. Trois mois après l'apparition de la métrite, Madame H., fut atteinte d'une hémorrhagie dont la durée fut de 7 semaines. 2 ans plus tard, elle en eut une seconde qui persista pendant 3 mois. Depuis quelque temps, les règles se montraient très irrégulières.

Aujourd'hui 25 mai 1841, les douleurs dans le dos et dans les reins ont beaucoup augmenté ; elles sont surtout très vives la nuit au point d'obliger la malade de sortir du lit pour obtenir un peu de calme. Pas de chaleur dans la région du sacrum ; tension pénible dans les aines et au haut des cuisses ; sensations douloureuses dans les seins, tiraillements dans le ventre. Les fleurs blanches sont toujours abondantes et colorées en vert et en jaune. Il existe de fortes démangeaisons et une vive chaleur dans l'intérieur et au pourtour du vagin et de l'anus.

Le sommeil est assez bon depuis quelques jours ; la langue est rouge, pointillée, parfois brûlante. Pas d'appétit ; selles assez irrégulières. L'utérus est petit ; on reconnaît à sa partie postérieure, moyenne et gauche, une dépression très sensible. Le centre de cette dépression présente un petit corps fibreux. Le col est engorgé et squirrheux ; il est ulcéré dans un point ; dans le reste de son étendue, la muqueuse qui le recouvre est saignante.

Tisane d'orge, cataplasmes de farine de riz dans le vagin ; injection d'eau de guimauve presque froide. Bains, bains de siège, régime convenable. Le 27 mai, le 10 juin, douze sangsues sur le col de l'utérus. Le 21 juin, cautérisation avec le caustique

Filhos. Cinq cautérisations furent faites à des distances différentes ; le col de l'utérus a été ainsi entièrement détruit. Des eschares assez épaisses se sont détachées ; enfin une cicatrice enfoncée et de bonne nature a été obtenue. Le 8 septembre la plaie était guérie. Quoique la malade ait éprouvé depuis l'opération quelques petits accidents du côté de l'utérus, dont je rendrai compte plus tard, je dois dire qu'il n'y a pas de récidive et que Madame H., se porte encore aujourd'hui très bien.

OBSERVATION XIV (résumée.)

(de M. Richelot, père).

Marie L. âgée de 23 ans, mariée depuis moins de 2 ans, vient en janvier 1880 me consulter pour des souffrances qui avaient leur siège dans les organes génitaux. Elle n'avait eu aucune maladie antérieure. Avant son mariage, les règles étaient régulières, assez abondantes. Après son mariage, elles étaient accompagnées de maux de tête, de grands malaises qui la forçaient de s'aliter.

Elle conserva pendant 15 mois les apparences d'une bonne santé, même son embonpoint augmenta un peu. En août 1879, elle prit des bains de rivière qui produisirent chaque fois, une courbature pénible et, à la fin, l'écoulement d'un peu de sang par la vulve. Alors pour la première fois, elle eut des fleurs blanches, elle éprouva les symptômes suivants : digestions pénibles, maux de tête, percutants dit la malade, sommeil irrésistible, insomnies nocturnes. Pensant qu'un séjour à la campagne lui ferait du bien, elle part en octobre. Les fonctions digestives s'accomplirent mieux, l'époque de ce mois fut moins douloureuse, mais le sang fut moins abondant,

et le ventre parut plus ballonné. Toutefois, bientôt se reproduisirent les maux de cœur avec vomissements, et les époques suivantes amenant de moins en moins de sang, on crut à un commencement de grossesse. Cet état se continua sans changement notable jusqu'en janvier 1880. A ce moment, la malade qui habitait une ville peu éloignée de Paris, se confia à mes soins.

L'exploration des parties génitales externes fit découvrir à l'entrée du vagin une large plaque rouge avec érosion qui était le siège d'une douleur excessive et probablement le résultat des tentatives de copulation. Le simple toucher fut extrêmement pénible, et l'introduction du speculum très douloureuse.

La matrice ne paraissait ni abaissée, ni déviée. Le museau de tanche était augmenté de volume, induré, à surface lisse et luisante; avec rougeur vive et granulations au pourtour de l'orifice, qui était rond et laissait sortir une humeur glaireuse. Le traitement a été institué de la manière suivante : bains d'eau de son, lavements émollients, injections vaginales avec une décoction de guimauve tiède, pansement de l'érosion avec une solution d'azotate d'argent (15 centigrammes de sel d'argent pour 30 grammes d'eau); un tampon imprégné de cette solution a été chaque jour introduit et maintenu à l'entrée du vagin; cautérisation du col avec le Filhos; à l'intérieur eau de Vichy (Célestins); décoction de chiendent avec le vin aux repas, en vue de l'irritation urétrale, alimentation réparatrice. La première cautérisation fut pratiquée à Paris vers le 10 février. Après un jour de repos, la malade retourna chez elle à environ 100 kilomètres de la capitale. Les suites de cette opération se bornèrent à un écoulement humoral, légèrement sanieux, assez abondant. La 2^e cautérisation qui fut faite le 19 février amena une grande prostration. Le caustique avait pénétré plus avant dans le

tissu du col ; l'eschare était plus profonde. La jeune femme garda le lit pendant quelques jours. A la 3^e cautérisation qui eut lieu le 8 mars, l'état du museau de tanche commençait à se modifier. L'écoulement provoqué par la cautérisation fut notablement moindre. Aucune fatigue ne suivit l'opération et le voyage de retour. La 4^e cautérisation, la dernière, a été pratiquée le 9 avril 1880. A partir de ce moment toutes les fonctions se sont rétablies avec rapidité. Le 16 avril, l'époque menstruelle se produisit dans les meilleures conditions, et la malade fut considérée comme guérië. Mais les règles, attendues le 16 mai, manquèrent complètement : la jeune femme était enceinte. Elle est accouchée heureusement.

OBSERVATION XV

(due à l'extrême obligeance de M. le Professeur Richelot).

Le cas ordinaire qui se répète invariablement et qui paraît incroyable, quand on ne l'a pas encore vu, est celui de Louise K., 23 ans, dont l'utérus est malade depuis une couche survenue il y a 4 ans. Le col a le plus vilain aspect : grande lacération bilatérale, éversion des deux lèvres qui sont boursoufflées, pseudo ulcérées, couvertes de muco-pus. Le corps et la cavité utérine sont de volume ordinaire, non sensible à l'exploration ; il y a des douleurs pelviennes et lombaires, et surtout une leucorrhée abondante, continuelle dont elle se plaint comme d'une véritable infirmité. La malade subit 9 cautérisations du 25 novembre 1900 au 24 février 1901. Le traitement cesse, je l'examine le 10 mars le col parfaitement restauré a le volume et la forme d'avant ; l'infection et les déchirures, l'ectropion ont totalement disparu, la muqueuse externe est rose l'orifice arrondi et perméable, la sécrétion est réduite à une

goutte de mucus clair, la seule altération encore visible du museau de tanche est un aspect lisse et comme vernissé de la muqueuse au pourtour de l'orifice. Nouvel examen le 21 avril : l'aspect vernissé a disparu, la souplesse des tissus est normale, le cathétérisme facile, on a sous les yeux un col virginal, tout au moins un col de nullipare. La femme modérément nerveuse n'a plus de douleurs pelviennes et lombaires ; elle est débarrassée de la leucorrhée abondante qui l'obsédait, et se dit entièrement guérie.

OBSERVATION XVII

(due à l'extrême obligeance de M. le Professeur Richelot).

Madame B..., mère de deux enfants. La dernière couche remonte à trois ans. La métrite cervicale est pareille de tous points à la précédente ; mais la femme est une arthritique nerveuse ; elle a toujours eu des règles abondantes, de la leucorrhée, des congestions pelviennes douloureuses ; le tout a augmenté depuis ses couches au point de rendre la vie très pénible. Huit cautérisations du 22 octobre 1898 au 15 janvier 1899. Je l'examine en février, la guérison de la métrite cervicale est parfaite. L'état local ressemble à celui de Louise K..., sauf que le volume du col reste un peu exagéré, son tissu un peu dur ; l'orifice est régulier et le cathétérisme facile. Mais l'état général ne saurait être modifié dans la même mesure. La femme est mieux portante et satisfaite de son traitement, mais elle est et reste une arthritique nerveuse, avec des congestions pelviennes, des migraines et des névralgies. Au lieu d'une sécrétion purulente sans rémission, elle a une leucor-

rhée muqueuse qui fait suite à la congestion menstruelle, et recommence avec les règles suivantes, pour cesser chaque mois pendant une dizaine de jours. Ce n'est donc plus la sécrétion d'une muqueuse infectée, c'est un catarrhe utérin, une hypersécrétion en rapport avec les poussées congestives qu'elle a toujours eues et qu'un traitement local de la métrite n'avait pas la prétention de guérir.

OBSERVATION XVII

(due à l'extrême obligeance de M. le professeur Richelot.)

Claudine P... 27 ans a fait 3 fausses couches. Elle a un col énorme et déchiré, une leucorrhée abondante et sanieuse, des douleurs pelviennes et lombaires incessantes. Le traitement commence le 4 novembre 1900 ; la malade au lieu de venir à la consultation du dimanche matin, vient dans la semaine et est cautérisée par un élève du service auquel je la confie. Après la 11^e séance, la guérison n'avance pas : élève et malade sont mécontents l'un de l'autre et me demandent d'intervenir. Je trouve le 3 mars 1901 le col peu modifié et la femme toujours souffrante ; je m'étonne d'un si mince résultat pour un temps si long, et j'apprends que les séances étaient courtes et les cautérisations légères, qu'au lieu de détruire les tissus malades par un contact assez prolongé, pour former chaque fois une eschare, au lieu de sculpter patiemment les lèvres du col en hauteur et en épaisseur, mon élève s'est borné à de simples attouchements, comme il aurait fait avec le nitrate d'argent ou la teinture d'iode.

Ce que voyant, j'applique le Filhos pour la 12^e fois ; dès la semaine suivante, la femme et son col ont changé

d'aspect ; les maux de reins ont été peu de chose ; au lieu d'une muqueuse boursoufflée, parsemée de grains jaunes et couverte d'une sécrétion sanieuse, j'ai sous les yeux une plaie rose, détergée par la chute de l'eschare ; déjà les lèvres s'inclinent et se rapprochent. Encore deux séances, et le col est restauré, il ne reste plus qu'une surface de quelques millimètres à cicatriser ; quelques semaines plus tard, la femme sans douleur et sans leucorrhée, vient nous montrer une guérison parfaite.

OBSERVATION XVIII

(due à l'extrême obligeance de M. le professeur Richelot).

Guérison par le Filhos d'atrésie produite par le nitrate d'argent.

Madame B., avait été soignée d'une métrite cervicale pendant 18 mois ; pendant 18 mois, on l'avait cautérisée à la pierre infernale.

La métrite, au bout de ce temps, n'était nullement guérie, mais l'orifice était presque fermé ; les douleurs avaient augmenté peu à peu, les règles étaient devenues de plus en plus pénibles avec flux sanguin difficile, intermittent, prolongé, si bien qu'un jour, après une période menstruelle atroce, elle vient à Saint-Louis à bout de forces, me montrer un col dur, scléreux, cicatriciel, imperméable au stylet le plus fin. J'aurais pu faire une stomatoplastie, j'ai voulu la guérir par le Filhos : attaquant les lèvres du col avec le caustique, je formai une eschare qui laissa après sa chute un orifice externe déjà suffisant. Je poursuivis de bas en haut la destruction des tissus scléreux et des lésions glandulaires.

Les règles qui suivirent le début du traitement furent normales et sans douleurs vives, et, dans le temps réglementaire, métrite cervicale et sténose furent parfaitement guéries. Ceci se passait dans le cours de l'année dernière, depuis lors, le col est resté perméable, et le flux menstruel n'est plus jamais douloureux. le mois dernier, elle se plaignait en sa qualité de grosse arthritique d'un léger retour de catarrhe et de quelques maux de reins, le col est un peu gros, mais sans érosion ni muco-pus, la muqueuse est saine d'aspect et les orifices normaux.

OBSERVATION XIX

(due à l'extrême obligeance de M. le Professeur Richelot).

Madame E..., 26 ans, cinq enfants, malade depuis 4 ans, à la suite de sa dernière couche, avait un gros col ulcéré, des pesanteurs pelviennes et lombaires, une leucorrhée abondante. Elle a été guérie par neuf cautérisations, août, octobre 1900, et n'a plus eu ni leucorrhée, ni douleurs.

En octobre 1901, elle est enceinte de 4 mois environ; le col est parfait, l'orifice externe est souple et en forme de fente transversale, la muqueuse est rose et d'aspect naturel. M. Richelot nous prie d'ajouter que la malade est accouchée, depuis, normalement.

OBSERVATION XX

(due à l'extrême obligeance de M. le Professeur Richelot).

Madame S..., 33 ans.

Début il y a 6 ans. Métrite soignée et guérie par M. Siredey. 4 enfants et une fausse couche, que la malade attribue à de

grandes fatigues. Souffre surtout depuis le commencement d'avril 1902. Col gros. Ectropion.

1^{er} Filhos le 4 mai 1902. Douloureux. La malade reste couchée toute la semaine.

2^e Filhos 11 mai. Assez douloureux. Cautérisation discrète.

3^e » 18 mai.

4^e » 25 mai.

5^e » 1^{er} juin

6^e » 8 juin.

7^e » 15 juin.

8^e » 22 juin. Douloureux. Syncope légère.

9^e » 29 juin. Douloureux.

Pas de Filhos le 6 juillet 1902.

Le 20 juillet. La malade revient. La col est parfaitement guéri.

Elle nous dit qu'elle est enceinte parce qu'elle a senti remuer.

L'utérus est gros, voisin de l'ombilic, il est mou. Elle nous dit qu'elle n'a pas eu ses règles le mois dernier. Les mois précédents, elle avait des règles normales comme quantité mais un peu plus irrégulières. Le 26 juillet, elle fait une fausse couche. A 9 heures, elle sentait les premières douleurs et s'alitait, à 11 heures les douleurs étant plus fortes, elle fait chercher un médecin, et, pendant ce temps-là la fausse couche a lieu. La femme expulse un fœtus de 5 mois d'une longueur d'environ 30 centimètres. Les suites de couches ont été bonnes, sans aucun accident, et après quelques jours de repos au lit, Madame " " reprenait ses occupations habituelles. Elle revient nous voir le 4 octobre 1903. Le col est encore un peu gros avec une large fente transversale, sans déchirure, et sans aucune trace de métrite ancienne ou récente. L'hystéromètre pénètre facilement dans la cavité cervicale. Comme

la malade avait déjà fait une première fausse couche, nous l'examinons plus particulièrement pour essayer de déterminer les causes de la seconde. Nous n'y parvenons pas, Madame S... n'ayant eu aucune maladie, à part sa métrite et ne présentant sur le corps aucune trace de syphilis ancienne ou récente, si ce n'est quelques boutons d'acné.

CONCLUSIONS

I. Le caustique de Filhos et les opérations plastiques du col, dont l'opération de Schrøder est le type, sont les seuls moyens efficaces à employer dans le cas d'endométrites chroniques, de cervicites invétérées sclérokystiques.

II. Le chirurgien en présence d'une de ces affections aura le choix entre le caustique de Filhos et l'opération de Schrøder.

III. Il choisira de préférence l'opération de Schrøder, si la femme peut être opérée, consent à l'opération et à l'immobilité pendant au moins 15 jours, trois semaines.

IV. Dans tous les autres cas, le caustique de Filhos peut assurer la guérison de la métrite cervicale.

V. L'action du caustique de Filhos est doublement avantageuse; la *restitutio ad integrum* est complète, il n'y a pas de moignon plus ou moins aplati, le caustique donne au col une forme nouvelle. Le résultat esthétique est supérieur à celui de l'opération de Schrøder. C'est un procédé essentiellement français à tous les points de vue.

VI. Le caustique de Filhos assure la conception, permet à la grossesse de suivre son cours normal, et

à l'accouchement de se faire dans de bonnes conditions, surtout si la femme observe intégralement les préceptes que nous avons indiqués. Dans ces conditions, il n'y a jamais d'atrésie ni de dystocie.

Vu : le Président de la thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- I. Traité de chirurgie. Duplay et Reclus. Tome VIII.
- II. Traité de chirurgie. Le Dentu et Delbet. Tome X.
- III. Traité médico-chirurgical de gynécologie. Labadie-Lagrave et Legueu.
- IV. Traité de gynécologie, Samuel Pozzi.
- V. Chirurgie de l'utérus. Richelot.
- VI. Traitement des engorgements du col utérin par le caustique de Filhos 1884. Richelot père.
- VII. Traité pratique de l'inflammation de l'utérus. Edition française, 1864. Bennet.
- VIII. Introduction à la pratique gynécologique. Doléris et Pichevin.
- IX. Métrites et fausses métrites. Doléris.
- X. Sur le traitement de la métrite cervicale. Richelot.
- XI. La sclérose utérine et la vraie métrite. Richelot.
- XII. Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie 1900, 1901, 1902.
- XIII. Journal des Praticiens. Mai 1902.
- XIV. La congestion utérine. Armand Siredey.
- XV. La métrite parenchymateuse chronique. Armand Siredey.
- XVI. Centralblatt für Gynæcologie 1894, n° 25.
- XVII. Centralblatt für Gynæcologie, 1898. Tome XXII, n° 46.
- XVIII. Revue médicale, 1842. Tome III.
- XIX. Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc. Pierre Delbet. Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1899.

- XX. Travaux récents sur la thérapeutique intra-utérine, 1899. Traduit par R. Labusquière. Annales de gynécologie et d'obstétrique. Février 1900.
- XXI. La chimie caustique en gynécologie. Frédéricq Simon. Archives de pharmacodynamie, 1894-1895.
- XXII. Dictionnaire de médecine publié sous la direction de Jaccoud. Article métrite.
- XXIII. Etude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col. Annales de gynécologie, 1898. Audebert.
- XXIV. Conséquences obstétricales de l'amputation sous-vaginale du col. Thèse de Guibout, 1900.
- XXV. Résultats éloignés du traitement de l'endométrite cervicale par l'opération de Schröder. Thèse de Mlle Podobedoff, 1895.
- XXVI. Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, juin 1899.
- XXVII. Les scarifications linéaires. Thèse de Mme Vaytre 1899-1900.

